

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

N° 650

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1945.

Jean-Raymond SEYER

Né le 20 novembre 1914, à Rouen (Seine-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Contribution
à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique
des occlusions intestinales post-opératoires

Président : M. J. SÈNEQUE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1946

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **SEYER.**

Prénoms : **Jean-Raymond.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

SEYER (Jean - Raymond). —

Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 134 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N°.....*)

SEYER (Jean - Raymond). —

Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 134 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N°.....*)

SEYER (Jean - Raymond). —

Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 134 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N°.....*)

SEYER (Jean - Raymond). —

Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 134 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N°.....*)

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1945.

Jean-Raymond SEYER

Né le 20 novembre 1914, à Rouen (Seine-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Contribution
à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique
des occlusions intestinales post-opératoires

Président : M. J. SÉNÈQUE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1946

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... BAUDOUIN.

ASSESEUR..... Léon BINET.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Assistance médico-sociale.....	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
	ABRAMI.
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P. VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique.....	VILLARET.
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	MM. JUSTIN - BESANÇON (L.).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. - AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	{ CORDIER. N...	Médecine générale ...	{ GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG.
Anatomie patholog. ...	{ DELARUE. GAUTHIER- VILLARS (M ^{lle}).		{ LENEGRE. MARCHAL.
Bactériologie	BONNET.		{ MOLLARET. MOUQUIN.
Chimie médicale.....	N...		{ SOULIE. DESOLLE.
Chirurgie générale ...	{ AMELINE. FEVRE. FUNCK - BREN- TANO.	Médecine légale.....	{ DIGONNET.
	{ MENEGAUX.	Obstétrique	{ LACOMME. SUREAU.
	{ PATEL.		{ N...
	{ SICARD.		{ RENARD.
	{ N...		{ HALPHEN.
	{ N...	Ophtalmologie	LAVIER.
Histologie	BULLIARD.	Oto-rhino-laryngol. ..	N...
Hydrologie	N...	Parasitologie	LEMAIRE.
Hygiène	N...	Parasitologie coloniale	M ^{lle} J. LEVY.
Médecine générale ...	{ BARIETY.	Pathologie expérim...	{ N...
	{ BERNARD (Et.).	Pharmacologie	{ RICHET.
	{ BOULIN.	Physiologie	{ N...
	{ BROUET.		{ DESGREZ (H.).
	{ CACHERA.		{ TURPIN.
	{ COSTE.	Physique médicale...	COUVELAIRE.
	{ DELAY.	Thérapeutique	
		Urologie	

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.			MM.
Clinique chirurgicale.	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.		Clinique médicale....	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale .	{ ECALLE. VIGNES.		Clinique urologique..	N...
Clinique oto-rhino-la- ryngologique	HALPHEN.			

V. - CHARGÉS DE COURS

	MM.		M.
Puériculture	LELONG (Agrégé).	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX- LEBARD.		

MM.
Secrétaire de la Faculté..... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint..... M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef..... A. HAHN.
Bibliothécaires M^{mes} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR RAYMOND SEYER
Médecin des Hôpitaux de Rouen,
1875-1930.

A MA MÈRE

A MADAME ET A MONSIEUR LE DOCTEUR J. PAYENNEVILLE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SÈNÈQUE

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ DEROCQUE

Mort au Champ d'honneur (1940)
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NÉE
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR J. HECART (*in memoriam*)
Chirurgien des Hôpitaux de Rouen

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FEY

Professeur de Clinique urologique.
Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

DE GAUDART D'ALLAINES

Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AMELINE

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

1934 : MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS.

1935 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURE.

1936 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOREAU.

1938 : MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

EXTERNAT EN PREMIER

1937-38 : MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYERS.

INTERNAT

1940 : MONSIEUR LE DOCTEUR BRÉCHOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER.

1941 : MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. BLOCH (*in memoriam*).

1942 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AMELINE.

1942-43 : MONSIEUR LE PROFESSEUR SÈNÈQUE.

1943-44 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GAUDART-
D'ALLAINES.

1944 : MONSIEUR LE PROFESSEUR FEY.

1944-45 : MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR.

A MES AUTRES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS CORDIER, R. COUVE-
LAIRE, MOLLARET, PATEL.

MESSIEURS LES DOCTEURS HUARD (*in memoriam*), L. LEGER,
ROUX, SEILLÉ, CHIRURGIENS DES HÔPITAUX DE PARIS ;
DOSSOT, GIBERT, RIBADEAU-DUMAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-M. GUILLAUME.

A MES CONFÉRENCIERS

MESSIEURS LES DOCTEURS :

LAPLANE, MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS,
MIALARET, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS,
JOUANNEAU, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE ROUEN,
STEWART, MÉDECIN DES HÔPITAUX DE ROUEN,
A. LE ROY,
VILDÉ.

A MES CAMARADES D'INTERNAT
ET SPÉCIALEMENT AUX MEMBRES DU COMITÉ

INTRODUCTION

La possibilité d'occlusion intestinale post-opératoire est un des soucis majeurs du chirurgien qui pratique une intervention abdominale quelconque. En effet, et bien que les perfectionnements de la technique moderne visent à la prévenir le plus possible, l'occlusion post-opératoire reste assez fréquente (2 % des appendicectomies, 0,5 % des interventions gynécologiques), elle reste grave (30 à 40 % de mortalité dans toutes les statistiques). Il faut noter tout de suite que la plupart des morts sont dues à une réintervention trop tardive ; le diagnostic, l'indication opératoire précise ont été retardés, dans bien des cas, par l'imprécision des symptômes masqués par ceux de la période post-opératoire et aussi par une répugnance naturelle à réintervenir chez un opéré plus ou moins récent.

Et cependant, peu de questions ont été aussi souvent étudiées et discutées ; il ne se passe guère d'années sans que des faits d'occlusions post-opératoires ne soient apportés à la tribune des principales sociétés chirurgicales de France et de l'étranger ; à l'Académie de Chirurgie, notamment, de larges discussions ont eu lieu sur ce sujet. Des thèses nombreuses lui ont été consacrées dans toutes les Facultés. Mais de tous ces travaux, il est très difficile de tirer des conclusions et ceci tient à l'extrême diversité des faits.

Si l'on cherche, en effet, une *définition* de l'occlusion post-opératoire, on peut adopter cette formule :

On appelle occlusion post-opératoire toute occlusion qui succède directement à une intervention chirurgicale, abdominale le plus souvent, ou qui, survenant longtemps après elle, trouve sa raison dans cette intervention même.

Le cadre de l'occlusion post-opératoire ainsi définie est tout à la fois vaste et artificiel ; il est vaste, car il touche pratiquement à toute la pathologie de l'abdomen, paroi et organes ; il est artificiel, car il groupe des faits extrêmement disparates, par leur étiologie, et par leurs aspects cliniques.

Les *classifications* qui ont été proposées sont, nous l'avons dit, extrêmement nombreuses :

— les unes, envisageant l'étiologie, distinguent des occlusions *dynamiques* et des occlusions *mécaniques* et, parmi celles-ci, les occlusions par incarceration, brides, adhérences, volvulus, etc... ;

— les autres, envisageant la clinique, se basent sur le temps écoulé depuis les interventions primitives et distinguent : occlusions immédiates, précoces, et tardives (YOVANOVITCH), primitives, secondaires et tardives (RENON et LAFITTE).

Il est classique d'établir une concordance entre ces différentes classifications, les occlusions immédiates étant le plus souvent paralytiques, les occlusions précoces dues à une incarceration ou à des adhérences, les occlusions tardives à des brides ; ceci est très loin d'être constant et nous verrons qu'il existe des faits précis d'occlusions mécaniques immédiates, de volvulus précoces, etc...

Enfin, il faut noter que les séries publiées sont en général courtes, en sorte que le nombre des cas comparables est finalement petit.

Pour toutes ces raisons, il apparaît utile de tenter une *synthèse* ; nous venons d'exposer les difficultés de l'entreprise et nous ne nous dissimulons pas combien il peut paraître audacieux de notre part de l'avoir essayée avec 36 observations et une expérience personnelle bien modeste encore.

Aussi n'aurions-nous jamais entrepris un tel travail si nous n'y avions été encouragé par notre maître le Pr. SÉNÈQUE, qui a bien voulu nous aider de sa propre expérience et de sa haute autorité ; qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements. Notre reconnaissance va aussi à notre Maître et ami le Dr. ROUX, chirurgien des Hôpitaux, qui nous a, sans

cesse, guidé de ses conseils au cours de la réalisation de cette thèse.

Nous nous proposons d'étudier successivement dans ce travail, après un bref rappel historique :

— Les circonstances générales qui président à l'apparition des occlusions post-opératoires et le mécanisme des accidents ;

— Les lésions anatomiques des occlusions post-opératoires ;

— La symptomatologie, et nous décrirons à ce propos :

a) Les occlusions *immédiatement consécutives* succédant sans intervalle libre, sans émission de gaz, à l'acte opératoire primitif.

b) Les occlusions *retardées*, survenant au cours de la période d'hospitalisation, mais après intervalle libre de suites opératoires normales ou à peu près, depuis le 4^e ou 5^e jour jusqu'à la 3^e semaine environ.

c) Les occlusions *tardives*, apparaissant après la sortie du malade et sa guérison complète, des mois, voire même des années, après l'opération primitive.

Nous envisagerons enfin les *méthodes thérapeutiques* qui ont été proposées et les indications qui nous paraissent propres à chaque cas.

Notre étude est basée sur 36 observations personnelles ; la plupart nous ont été confiées par notre Maître le Pr. SÉNÉQUE et par le Dr. ROUX ; d'autres ont été recueillies par nous au cours de notre Internat auprès de nos Maîtres le Pr. FEY et le Pr. agrégé DE GAUDART D'ALLAINES, que nous tenons à remercier ; quelques-unes, enfin, nous ont été confiées par notre ami LENGUEL et proviennent des services du Dr. TOUPET et du Pr. MOULONGUET ; qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance. En outre, nous avons étudié dans la littérature chirurgicale de ces 20 dernières années, plus de 600 observations d'occlusions post-opératoires.

HISTORIQUE

La première mention que l'on trouve d'une occlusion post-opératoire dans la littérature médicale remonte à 1772, et est due à RENAULT qui pratiqua l'iléostomie dans un cas d'occlusion secondaire à la cure d'une hernie étranglée.

Il faut attendre 1860 pour qu'un travail d'ensemble soit publié sur la question ; il est dû à SPENCER WELLS qui, sur 1.000 ovariectomies, avait eu 11 occlusions, toutes terminées par la mort. La proportion d'occlusions à peine supérieure au pourcentage actuel est cependant remarquable pour l'époque.

KÖBERLE, PEAN et les autres pionniers de la chirurgie abdominale s'intéressèrent aussi des premiers à la question. Notons qu'en 1858, NELATON avait décrit la technique d'entérostomie qui porte son nom. La diffusion des méthodes antiseptique, puis aseptique, devait amener celles des laparotomies, surtout pour affections gynécologiques et, par voie de conséquence, multiplier les occlusions post-opératoires.

Citons, pour mémoire, les travaux de HIRSCH en 1888, de FUHR et WESENER, en 1886.

En 1890, paraît la thèse de COLLAS, inspirée par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, qui rapporte 23 observations d'occlusions post-opératoires dont 6 furent réopérées et 4 guérèrent. Depuis cette date, il ne se passe guère d'année sans que des travaux importants paraissent sur cette question.

En 1892, c'est le travail classique d'ASHTON.

En 1894, l'article de QUENU, consacré aux occlusions consécutives aux laparotomies pour affections gynécologiques, et la thèse de TUJA, à Lyon.

LEGUEU publie, en 1895, la première revue générale de la

question, où sont relatées 57 observations dont 49 après opérations gynécologiques. En 1897, la discussion, à la Société de Chirurgie, sur l'occlusion amène QUENU, KIRMISSON, LEJARS, SEGOND à parler des occlusions post-opératoires et à préconiser surtout l'entérostomie ; WITZEL décrit son procédé en 1899.

A partir de ce moment, la fréquence de plus en plus grande des opérations pour appendicite et spécialement pour appendicite aiguë, ouvre un nouveau chapitre dans l'histoire de l'occlusion post-opératoire.

En 1901, BROCA rapporte une observation d'occlusion post-appendiculaire guérie par l'iléostomie. C'est à cette époque surtout l'iléostomie qui est prônée, tant en France qu'à l'étranger et surtout en Allemagne, par HEIDENHAIN, GERHARDT, HOFMEISTER, KROGIUS, etc...

Cependant, en 1904, à la Société Nationale de Chirurgie, une première mention est faite de l'entéro-anastomose, opération dont l'idée première revient à MAISONNEUVE (1854), mais qui n'est guère adoptée alors dans l'occlusion post-opératoire ; mentionnons néanmoins deux cas dus à FINNEY (1906).

Aussitôt après la guerre de 1914-18, la discussion reprend et c'est, en 1920, l'important rapport d'OKINCZYC sur 7 observations d'INGEBRIGSTEN d'entéro-anastomose. A sa suite, un certain nombre d'observations analogues sont publiées, encore par OKINCZYC, puis, en 1922, par PAUCHET (rapport de LECÈNE).

De larges discussions ont lieu en 1924, 1927, 1928, au cours desquelles sont publiées surtout des observations post-appendiculaires : l'iléostomie y est défendue notamment par GOSSET, CUNEO, LARDENNOIS, tandis que P. MATHIEU, ALGLAVE, OUDARD, ROUX-BERGER insistent sur la nécessité d'une laparotomie permettant de reconnaître la cause de l'occlusion et qu'OKINCZYC rapporte de nouvelles observations d'entéro-anastomoses dues à DUNCOMBE, BASSET, AUTEFAGE, etc...

En 1927, la discussion sur le rôle de la rachi-anesthésie dans l'occlusion, clôturée par DUVAL, fait citer de nombreux cas d'iléus post-opératoire ; cette méthode n'est pas retenue

par la Société de Chirurgie, du moins comme *traitement* de l'occlusion.

En 1928, l'apparition des travaux de GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS, sur l'utilisation du sérum salé hypertonique intra-veineux, marque une nouvelle étape importante ; de nombreuses observations sont publiées à cette époque, notamment par COURTY, SOUPAULT.

Parallèlement, se poursuit la publication d'interventions isolées ou de courtes séries à propos des différents traitements chirurgicaux ; citons, à ce propos, les noms de HUET (1933, 1935 et 1936), de DUCHET-SUCHAUX, de GUIBAL (1931), SABADINI (1933), les thèses de QUERIAULT (1930), MARTINAIS (1930), etc..., et à Lyon où il faut retenir surtout le nom de DELORE qui a décrit en 1925 son procédé technique d'iléostomie.

Il faut retenir surtout l'important travail de RENON et LAFFITTE, où se trouvent rassemblés, pour la première fois dans une série des mêmes opérateurs, 26 cas comprenant les aspects cliniques et les méthodes thérapeutiques les plus diverses.

Enfin en 1938, l'importante thèse de YOVANOVITCH, après une étude d'ensemble de la question, prononce un chaud plaidoyer appuyé par GOSSET en faveur de l'iléostomie.

Depuis cette date, la discussion n'a rien perdu de sa vigueur ni de son intérêt et surtout des faits nouveaux sont venus la ranimer.

En premier lieu, par ordre d'importance, l'apparition de *l'aspiration duodénale continue*, méthode de WANGENSTEEN.

Implantée en France grâce aux importants travaux de BROCO, ISELIN et EUDEL, elle a profondément modifié le traitement de l'occlusion intestinale ; elle a fait l'objet d'importants travaux par toute la France. Citons notamment les noms de DECOULX (Lille), de JEANNENEY (Bordeaux). Mais après quelque expérience, les limites de la méthode sont apparues et elles ont été précisées récemment par BROCO lui-même, ainsi que dans l'excellente thèse de F. EUDEL.

L'usage de plus en plus fréquent de la radiographie au cours de l'occlusion a eu son retentissement dans le diagnos-

tic de l'occlusion post-opératoire et les renseignements que l'on en peut attendre actuellement ont été précisés par le livre de MONDOR, PORCHER et OLIVIER ; il importe de noter à ce propos que les documents radiographiques sont encore peu nombreux, notamment en ce qui concerne les occlusions post-opératoires précoces, et qu'il sera utile dans l'avenir de multiplier les examens si l'on veut fixer certains points de la séméiologie radiologique.

Enfin les discussions sur le traitement chirurgical n'ont pas manqué non plus, et l'on peut citer, à propos de l'entéro-anastomose, les noms de LEVEUF et GODARD, J. QUENU et BOMPART, BARBIER, DUPONT ; à propos de l'iléostomie a minima, celui de MOULONGUET ; enfin, de Lyon est venu un plaidoyer en faveur de la laparotomie avec libération complète des adhérences dans tous les cas, opinion soutenue par TAVERNIER, suivi par DESJACQUES.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Toutes les interventions sur l'abdomen peuvent donner lieu à une occlusion post-opératoire ; mais ce sont les opérations pour appendicite et les opérations gynécologiques qui en sont le plus souvent responsables.

Viennent ensuite les opérations sur l'estomac, puis beaucoup plus rarement et à titre accessoire, toutes les autres interventions abdominales et même extra-péritonéales.

Ces différentes opérations peuvent être génératrices d'occlusions dans les circonstances les plus diverses. Il s'agit assez souvent d'opérations « à chaud » pour des lésions inflammatoires plus ou moins aiguës, terminées ou non par un drainage ; dans d'autre cas, il s'agit d'opérations « à froid » parfaitement aseptiques et sans aucun drainage.

Les *mécanismes* de production des occlusions post-opératoires sont extrêmement variés. Certains de ces mécanismes sont en quelque sorte déterminés par la nature particulière de l'intervention première et lui appartiennent en propre. D'autres sont communs à un grand nombre d'occlusions post-opératoires et ne comportent aucune spécificité.

Aussi nous a-t-il paru impossible de séparer l'étude du mécanisme et de l'étiologie et nous étudierons successivement :

- les types d'occlusions particuliers à telle intervention déterminée
- le rôle particulier des différents modes de drainage ;
- les types généraux communs de l'occlusion post-opératoire.

I. - LES TYPES D'OCCLUSION D'APRES L'INTERVENTION PRIMITIVE

1° APRES OPERATION POUR APPENDICITE

Les opérations pour appendicite, en raison même probablement de leur particulière fréquence, tiennent le premier rang des interventions génératrices d'occlusions post-opératoires dans les statistiques de MEYER et SPIVACK, de MAC IVER, de HUBNER.

FEY et CUBBINS, YOVANOVITCH, accordent au contraire une légère priorité aux interventions gynécologiques.

Dans notre propre série, on trouve 10 observations sur 36 occlusions post-opératoires.

Quelle est la fréquence de l'occlusion par rapport au nombre d'appendicectomies pratiquées : 44 occlusions sur 2.385 appendicectomie (KORTE), 17 sur 1.500 (Mac NEIL LOVE), 26 sur 1.113 (RENON et LAFFITTE) ; au total, environ 2 occlusions pour 100 appendicectomies. *

A) - L'occlusion est surtout fréquente après APPENDICITE AIGUE et ce sont surtout des occlusions retardées. Parfois, le *mode de drainage* est responsable de l'occlusion ; nous y reviendrons. ,

Dans d'autre cas, la cause de l'occlusion est la constitution d'un *abcès*, soit iliaque droit, soit mésocoeliaque, soit pelvien. Mais, le plus souvent, l'occlusion après appendicectomie pour appendicite aiguë est le fait d'une *péritonite plastique adhésive* régionale réalisant une agglutination des dernières anses iléales.

C'est ce type d'occlusion qui est réalisé dans notre observation I ; c'est lui qui a donné lieu aux plus grandes discussions du point de vue des indications thérapeutiques.

B) - Les opérations pour APPENDICITE CHRONIQUE peuvent également être génératrices d'occlusion :

— Tantôt le non enfouissement du moignon appendiculaire semble malgré l'opinion de DE MARTEL en être responsable ; THEILLIER, FIOLE, en ont publié des exemples démonstratifs et nous venons personnellement d'en observer un cas (Obs. XXII) chez une enfant de 5 ans chez qui, au 7^e jour après une appendicectomie de suites normales et rigoureusement apyrétiques, une occlusion aiguë secondairement apparue était la conséquence d'une péritonite adhésive localisée à la fosse iliaque droite dont la cause ne pouvait être que dans l'absence d'enfouissement du moignon.

— Tantôt, il existait *antérieurement à l'opération* une *condure* ou une *bride de la terminaison du grêle*. L'intervention s'étant bornée à la seule appendicectomie et ayant négligé l'exploration systématique de l'iléon terminal, les conditions physiologiques de la dynamique intestinale se sont modifiées de telle sorte dans les suites opératoires, du fait de la distension de l'intestin, en particulier, qu'elles ont déterminé un blocage aigu au niveau où l'intestin était anormalement fixé, par un mécanisme comparable à celui du blocage de l'angle gauche sur lequel nous reviendrons ultérieurement. Ce mode d'accident a été bien étudié dans la thèse de FOUCAULT.

2° LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES

Elles occupent la seconde place dans la plupart des statistiques d'occlusions post-opératoires, et même la première dans nombre d'entre elles, en particulier dans notre propre série où 13 de nos 35 observations d'occlusion sont consécutives à des interventions gynécologiques.

Leur fréquence brute est évaluée par MOSSÉ et DOUBRÈRE à 0,4 %, 6, sur 1.426 interventions gynécologiques, dans le service du Pr. J. L. FAURE. YOVANOVITCH donne le même chiffre pour la statistique de la Salpêtrière (Pr. GOSSET), 20, pour 5.000 interventions.

N'importe quelle intervention gynécologique, et quelle que soit la voie par laquelle on la pratique, peut-être génératrice d'occlusion. Mais avant d'étudier les causes d'occlusion particulières à chaque type d'opération, il convient de signaler que :

-- Une des plus grandes causes d'occlusion après intervention gynécologique sont des défauts de péritonisation. Insuffisance de péritonisation ou lâchage créant une surface cruentée génératrice d'adhérences ; ou disposition anatomique telle que la péritonisation réalise une coudure de l'intestin, en particulier coudure du sigmoïde après sujet colo-vésical (GOULLIoud, DOUAY).

Les interventions conservatrices y sont plus particulièrement exposées, précisément parce que la péritonisation y est plus difficile (myomectomie, ablation d'annexes unilatérales avec mauvais enfouissement du moignon) ; on a même pu écrire que « plus une intervention gynécologique est conservatrice, plus elle prédispose à l'occlusion post-opératoire » (YOVANOVITCH).

A) - L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

Qu'elle soit totale ou subtotale, peut être à l'origine d'occlusion :

— par adhérence à une zone mal péritonisée ou après lâchage de la péritonisation (Obs. IX) ;

— par occlusion paralytique pure ;

— par péritonite adhésive entraînant coudures et agglutination d'anses, processus particulièrement fréquent au cours des hystérectomies pour lésions inflammatoires, mais pouvant s'observer après l'hystérectomie pour fibrome la plus simple et la plus banale en apparence.

B) - LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES D'EXÉRÈSE.

Les *ablations d'annexes*, qu'elles soient pratiquées pour lésions inflammatoires aiguës, ou « à froid » pour kystes de l'ovaire, grossesse extra-utérine, etc..., peuvent donner lieu à

des occlusions ; le mécanisme le plus typique en est l'adhérence à un moignon insuffisamment enfoui. LOEFGEN a publié une observation dans laquelle, onze ans après une castration unilatérale était apparue une occlusion ; un orifice avait été créé par l'emploi d'un procédé de péritonisation simplifié solidarissant le moignon du pédicule utéro-ovarien à celui de la corne utérine.

La *myomectomie* peut être à l'origine d'occlusion par suite de péritonisation imparfaite, ainsi que ROUHIER l'a récemment rappelé à propos d'une observation de SOURDAT ; signalons à ce propos le danger particulier des myomectomies de la face postérieure de l'utérus si l'on néglige de recouvrir la surface cruentée au moyen de la séreuse vésicale toujours complaisante (MOULONGUET).

Les *hystérectomies conservatrices*, conservation d'annexes, d'ovaires isolés, hystérectomie fundique, etc..., peuvent être responsables d'occlusion pour les mêmes raisons.

C) - LES OPÉRATIONS DE FIXATION.

Elles fournissent une catégorie très particulière d'occlusions post-opératoires.

Après *ligamentopexie à la Doléris*, l'occlusion a été très étudiée, en particulier par L. BAZY, MOSSE, A. GUY, ALESTÉ en France, par FJELDBORG, NOVAK et COFFIER à l'étranger ; récemment encore, R. COUVELAIRE et A. PELLE ont apporté de nouvelles observations.

Tantôt une anse intestinale vient s'étrangler dans l'anneau que forment en arrière de la paroi abdominale le fond utérin et les deux ligaments ronds.

Tantôt c'est entre la paroi abdominale et le segment externe du ligament rond que se fait l'incarcération.

Tantôt une anse intestinale s'engage dans le trajet intramural (G. MICHEL).

Tantôt encore, c'est une adhérence de l'intestin à l'orifice péritonéal de passage du ligament rond qui amorce l'occlusion ou la bride épaisse que fait sur la ligne médiane l'accolement des deux ligaments ronds entre la face antérieure de

l'utérus et la face profonde de la paroi abdominale (L. BAZY) lorsque ces ligaments ont été fixés à la paroi, proches l'un de l'autre.

Lucien LEGER, dans un travail récent, a précisé les modalités d'apparition de l'occlusion intestinale par incarceration de l'intestin au travers d'une brèche du ligament large après l'opération de BALDY, WEBSTER, DARTIGUES. Sur vingt-deux observations qu'il a rassemblées, d'occlusions par étranglement de l'intestin dans une brèche du ligament large, six étaient post-opératoires et l'occlusion de l'intestin empruntait la voie du ligament rond au travers du mésomètre.

D) OPÉRATIONS PAR VOIE VAGINALE.

Elles seraient, pour LEGUEU, plus dangereuses au point de vue occlusions ultérieures que les opérations par voie abdominale, et ceci du fait encore de la difficulté toute particulière de la péritonisation. Mais la voie vaginale est actuellement moins employée et nous n'avons pas observé d'occlusion dans ces conditions.

3° LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS SUR L'ESTOMAC

Par la fréquence, les interventions sur l'estomac viennent en troisième ligne dans l'étiologie des occlusions post-opératoires. TISSOT en a récemment réuni trente-quatre observations dans sa thèse. Notre propre série n'en comporte qu'une (Obs. XXV), encore s'agit-il d'une occlusion par agglutination et non pas de l'un des mécanismes particuliers aux opérations de gastro-entérostomie ou de gastrectomie.

Les mécanismes responsables des occlusions après gastro-entérostomie sont très variés :

— Certains traduisent seulement un *défaut de fonctionnement de la bouche gastro-jéjunale*, du fait de l'œdème de la ligne de suture, spécialement lorsque la bouche a été étroite ou que l'anastomose a dû être réalisée selon le type précolique.

Nous en avons observé un cas tout à fait typique ; chez une femme qui avait été opérée à trois reprises successives pour un ulcère supposé du duodénum et chez qui une gastro-entérostomie avait été pratiquée sans raison bien formelle, nous dûmes réintervenir pour ulcère peptique. Nous pratiquâmes une gastrectomie et les conditions anatomiques locales nous conduisirent à une anastomose précolique. Les suites opératoires furent extrêmement laborieuses. L'intolérance gastrique était absolue ; les vomissements répétés et profus après la moindre ingestion. La radiologie montrait une imperméabilité totale de la bouche anastomotique. N'eût été notre certitude d'une bouche anatomiquement perméable, la question de l'opportunité d'une réintervention immédiate se serait sûrement posée d'une façon fort embarrassante. L'aspiration gastrique continue suffit à parer à l'éclosion d'accident grave et, vers le dixième jour, la vidange du moignon gastrique était normalement assurée.

A vrai dire, ces faits entrent à peine dans le cadre des occlusions post-opératoires. Mais comme la symptomatologie des occlusions post-opératoires les plus classiques après gastrectomie ou gastro-entérostomie ressemble de très près à celle des vices de fonctionnement de la bouche anastomotique, il nous semble nécessaire de rappeler ici les différents états anatomiques qui peuvent conditionner les faits cliniques.

Le défaut de fonctionnement de la bouche est quelquefois la conséquence d'un *rétrécissement extrinsèque de l'orifice* par un processus de péritonite adhésive rétractile ou par l'étranglement de l'anse jéjunale au travers de la brèche mésocolique lorsque le pourtour de celle-ci a été fixé à l'anse jéjunale et non à l'estomac.

Nous rappellerons encore les faits d'*invagination rétrograde du grêle* au travers de la bouche anastomotique et les défauts de fonctionnement que provoquera une *mauvaise disposition de l'anse anastomosée* ; anse inversée (CAILLARD), anse tordue sur son axe vertical (PEHAN), coudure d'une anse trop longue et non suspendue faisant un éperon aigu entre les segments afférent et efférent (GRÉGOIRE).

Les occlusions vraies les plus typiques qui surviennent après les interventions sur l'estomac ressortissent à des *incarcérations du grêle*. Ces accidents sont de deux ordres. Il peut s'agir, en effet, d'*incarcération au travers de la brèche mésentérique*, non ou mal fixée au niveau de l'estomac. MÉNEGAUX, en 1934, en citait huit exemples dans son mémoire du « Journal de Chirurgie ». CONSTANTINESCO et POPESCO, en 1939, à propos de deux cas inédits, en réunissaient soixante-dix-neuf cas connus.

Il peut s'agir, et plus souvent, d'*incarcération rétro-anastomotique prévertébrale*, d'autant plus à craindre que l'anse efférente a été laissée plus longue possible, après anastomose précolique ; de nombreuses observations en ont été apportées ces dernières années (BUDDER, PETERSEN, MOIROUD, VIANNAY, PALUEL, F.-P. LECLERC, Ph. ROCHET, HERBERT).

On le voit, tous ces accidents sont, pour la plupart, conditionnés par des insuffisances techniques, et il est en principe aisé d'y parer si l'on se conforme strictement au principe général de ne jamais laisser subsister la moindre faille à l'intérieur de la cavité abdominale.

40 LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS SUR LE COLON ET LE RECTUM

Elles sont habituellement considérées comme plus exceptionnelles ; dans notre propre série, cependant, elles occupent la troisième place, étant au nombre de cinq sur trente-cinq observations ; ceci tient sans doute au grand nombre d'opérations colo-rectales pratiquées dans les services où ont été recueillies nos observations. Il convient de remarquer qu'aucune d'entre elles ne ressortit à un mécanisme très particulier à la nature de l'intervention ; il s'agit en effet, dans un cas (Obs. XXVI), d'un volvulus du grêle après laparotomie et anus iliaque pour cancer du rectum ; dans deux autres cas de processus de péritonite adhésive subaiguë développée au niveau d'une anastomose (Obs. XXVII et XXIX), dans le cas de l'observation XXVIII, processus récidivant d'agglutination. Seule, notre observation III, due à une coudure de

l'iléon terminal avec bride peut être imputée directement à l'intervention première qui avait été une coecopexie.

YOVANOVITCH cite deux observations d'occlusion après iléo-transversostomie et iléo-sigmoïdostomie. Dans le premier cas, le grêle s'était engagé dans le demi-cornet que faisait l'enroulement de la partie distale du mésentère provoqué par l'adhérence au côlon ascendant de la zone où avait porté la section de l'iléon terminal. Dans le deuxième cas, le grêle s'était coincé en arrière de l'anastomose, entre elle et la paroi postérieure de la cavité abdominale. Rappelons également le cas de BÉRARD, dans lequel une torsion du grêle et du côlon s'était amorcée à partir d'une anastomose iléo-transverse établie deux ans plus tôt pour fistule stercorale.

On sait aussi les circonstances générales qui président aux occlusions après extériorisation colique ou établissement d'un anus contre nature.

Le grêle peut s'engager au-dessus ou au-dessous de l'anse extériorisée et venir s'y étrangler.

Lorsque l'extériorisation colique a nécessité un décollement, il peut s'engager dans la zone de décollement si l'on n'a pas pris soin d'exclure soigneusement la cavité péritonéale.

Le grêle peut faire hernie et s'étrangler au niveau de l'éperon ou au niveau de la paroi externe du bout supérieur d'un anus contre nature.

Après les interventions sur *le rectum*, c'est un défaut de péritonisation qui favorise ordinairement l'incarcération et l'étranglement d'une anse grêle. Cet accident est plus menaçant dans les opérations par voie basse que dans les opérations par voie combinée, puisque la péritonisation y est plus malaisée.

5° LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS POUR PLAIES DE L'ABDOMEN

Nous en avons personnellement observé un cas (Obs. II). Le rôle de l'inflammation de l'épiploon, qui avait été réintégré sans être réséqué, était évident dans la genèse de la péritonite adhésive qui détermina des accidents occlusifs.

DARMAILLACQ et DARAIGNEZ, eux, ont rapporté un cas dans lequel il existait une sténose très serrée du grêle au niveau de la suture de deux perforations.

6° LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS POUR HERNIE ETRANGLEE

Elles sont bien connues, qu'il y ait eu ou non résection intestinale. Dans le premier cas (après résection), la sténose ou l'adhérence et la coudure qui en résulte de la région de l'anastomose sont un facteur important dans le déterminisme de l'occlusion. Dans le deuxième cas (en dehors de toute résection), il y a encore sténose le plus souvent, mais cette sténose est tantôt annulaire et double, siégeant aux deux pieds de l'anse, ou bien segmentaire et cylindrique ; ces rétrécissements paraissent sous la dépendance de phénomènes vasculaires d'ischémie partielle.

En fait, ces sténoses sont rarement serrées au point de provoquer l'occlusion aiguë. Quand celle-ci se manifeste, c'est qu'à la sténose est venu se surajouter un autre facteur déterminant. Tels les cas curieux d'occlusions de causes associées, signalés par NICAISE (iléus alimentaire et sténose de l'intestin) ou par KOTZAREFF (occlusion par ascaris et sténose iléale).

Dans un dernier ordre de faits, l'occlusion est déterminée par l'adhérence de l'anse au collet du sac herniaire (AUVRAY).

Nous avons personnellement observé un cas d'occlusion après *hernie ombilicale étranglée* qui ressortissait à un processus d'agglutination avec adhérence au transverse d'une anse grêle qui formait bride, sous laquelle s'engageaient d'autres anses grêles.

7° LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS SUR LE FOIE, LES VOIES BILIAIRES, LA RATE, LE PANCREAS

Elles sont très rares. COURTY a publié une observation d'occlusion aiguë au deuxième jour d'une cholécystectomie, mais, en l'absence de réintervention, il est impossible d'en connaître

le mécanisme. HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS ont d'ailleurs insisté sur la rareté des troubles du transit intestinal après les opérations de cholécystectomie.

Nous avons vu un cas d'occlusion après splénectomie (Obs. XII), mais où l'ablation de la rate n'était pas directement responsable de l'occlusion.

8° ETIOLOGIE PLUS RARE

Signalons de même le caractère exceptionnel des occlusions organiques après les interventions sur *le rein et l'arbre urinaire*.

Deux de nos observations entrent dans cette catégorie. Il s'agissait, une fois (Obs. XXXI), de volvulus du cæcum après néphrostomie et, dans l'autre cas (Obs. XXXII), de l'adhérence d'une anse grêle en regard de la zone de ligature du moignon urétéral.

Très particuliers, enfin, sont les cas d'iléus qui surviennent après les *interventions médullaires*.

II. - LE ROLE DES MOYENS DE DRAINAGE

Les moyens de drainage employés après les interventions abdominales, en particulier au cours de péritonite, ont, dans certains cas, un rôle si nettement déterminant dans la production de l'occlusion qu'il nous semble utile de l'étudier à part :

1° LES DRAINS DE CAOUTCHOUC

Le drain du Douglas mis en place au cours des opérations pour péritonites appendiculaires ou péritonites génitales, peut jouer un rôle direct dans l'édification des brides fibreuses

qui compriment l'intestin. Ce rôle a été bien mis en évidence par le Pr. MONDOR.

Une enfant de huit ans est opérée de péritonite putride par gangrène appendiculaire. L'intervention est terminée par la mise en place d'un long drain vers le Douglas et d'un drain plus court vers la fosse iliaque droite. Le dix-septième jour, occlusion. A l'intervention, on trouve, « s'étendant exactement de la cicatrice d'appendicectomie jusqu'au fond de la cavité pelvienne », une bride solide sous laquelle une anse s'était étranglée ; la bride avait « exactement le trajet du drain qu'on avait dirigé vers le cul-de-sac de Douglas (MONDOR).

Le drain sus-pubien, que l'on place après les interventions pour ulcère perforé, semble bien avoir été responsable de l'occlusion, dans les cas d'AMELINE et FOLLIASSON dans lesquels une bride existait sur le trajet du drain, bride autour de laquelle, dans un cas, s'était amorcée une torsion intestinale ; citons encore les cas de PATEL et DESJACQUES, COLSON ; dans le cas le plus récent, de MAGNANT, le drainage ne semble pas directement en cause ; une discussion s'est élevée à propos de ce cas à l'Académie de Chirurgie, au cours de laquelle le drainage sus-pubien a été condamné, non à l'unanimité, mais par nombre d'auteurs.

Rappelons aussi que l'aspiration par un drain a pu être dangereuse en attirant une anse grêle qui vient se fixer et se coincer dans le drain.

2^o LE DRAINAGE PAR MECHE OU PAR MICKULICZ

Il est moins souvent à l'origine d'occlusion ; on conçoit cependant que trop copieusement bourré de mèches, le sac de Mickulicz puisse produire un effet de compression mécanique susceptible d'ajouter à la gêne du transit. De même l'occlusion peut être consécutive à la présence d'un orifice persistant entre sac et paroi. Enfin, l'ablation trop précoce d'un sac ou de mèches peut provoquer une torsion intestinale génératrice d'occlusions. Ces différents mécanismes étaient en cause dans les trois cas de CABANAC, ceux de CHARBONNEL et RINGENBACH, et celui de VILHES.

III. - LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES DONT L'ETIOLOGIE EST SANS RAPPORT DIRECT AVEC LA NATURE DE L'INTERVENTION ORIGINELLE.

A côté des mécanismes spéciaux propres à chaque type particulier d'interventions abdominales considérées du point de vue régional, il y a des mécanismes généraux qui sont sans spécificité.

Il faut citer parmi eux l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire, les iléus fonctionnels, les occlusions par symphyse ou adhérences, les occlusions par bride, par torsion, par incarceration.

1° L'OCCLUSION DUODÉNALE AIGÜE peut survenir après n'importe quelle intervention abdominale ou même extra-abdominale ; on en a cité après néphrectomie, néphropexie, amputation du sein, etc...

On sait que la théorie purement mécanique de sa pathogénie d'occlusion aortico-mésentérique, qui était jusqu'ici généralement acceptée, conformément à l'enseignement classique d'ALBRECHT, de SCHNITZLER et de LECÈNE, est actuellement très combattue. Le *primum movens* de ce syndrome si spécial semble être dans un trouble neuro-végétatif qui réaliserait d'abord l'énorme dilatation gastrique ou gastro-duodénale, à laquelle succéderait, dans le cas où on l'observe, l'apparence de compression du troisième duodénum par la corde mésentérique. Ainsi l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire s'intégrerait dans le grand cadre des iléus fonctionnels.

2° L'ILÉUS FONCTIONNEL est une forme assez fréquente de l'occlusion post-opératoire.

Tantôt, il ne s'agit que d'iléus paralytique traduisant d'ordinaire un processus de péritonite plus ou moins atténué.

Tantôt, l'iléus est spasmodique et l'on y voit coexister l'association apparemment paradoxale d'une dilatation souvent notable de l'intestin avec ailleurs une contracture tonique permanente généralement localisée à un segment très limité du tube digestif en aval duquel l'intestin est normal.

Ces phénomènes de distension intestinale, qui sont à un faible degré constants et, pour ainsi dire, physiologiques après toute intervention chirurgicale, spécialement après les interventions abdominales, concourent vraisemblablement, nous l'avons vu, à provoquer l'occlusion quand existait antérieurement une fixation anormale de l'intestin qui détermine alors à son niveau une coudure aiguë et obturante. C'est par un mécanisme analogue que doivent s'interpréter, pensons-nous, ces singuliers syndromes de blocage post-opératoires de l'angle gauche sur lesquels avaient insisté, après ADENOT, LANDAU et LEGUEU.

Nous avons vu, pour notre part, un exemple tout à fait curieux d'iléus spasmodique post-opératoire ; c'est notre observation VII. Cette observation est à rapprocher d'une observation du Pr. LERICHE. Celui-ci a signalé récemment, en effet, un cas d'iléus réflexe fonctionnel tardif chez une jeune fille jadis opérée d'invagination intestinale où l'adhérence de l'iléon à la cicatrice avait provoqué un spasme vif du côlon et un syndrome occlusif d'ailleurs vite résolu.

3° LES OCCLUSIONS PAR SYMPHYSE OU ADHÉRENCES constituent un autre type général d'occlusions post-opératoires.

Il peut s'agir tantôt de coalescence des deux jambages d'une anse avec rétraction du mésentère ou bien d'adhérences d'une ou plusieurs anses entre elles ou à la paroi. Il peut s'agir d'adhérences épiploïques bridant l'intestin ou formant une corde sur laquelle il bascule.

Ces symphyces, ces adhérences peuvent provoquer l'occlusion dans les circonstances les plus diverses.

La fusion plus ou moins étendue d'un paquet d'anses provoque des coudures, des angulations qui, à la faveur d'une distension inopinée de l'intestin, amorceront l'occlusion.

L'adhérence polaire d'une anse intestinale peut être le pivot autour duquel se fera un volvulus.
culer et s'obturer par compression d'autres anses.

Elles peuvent former la corde sur laquelle viendront bas-

4° LES OCCLUSIONS PAR BRIDE reconnaissent un mécanisme analogue lorsque la bride amarre de court une anse à la paroi.

Dans d'autres circonstances, la bride délimite un anneau où vient s'incarcérer une anse qui, tantôt s'étrangle de façon extrêmement serrée, ou tantôt pivote sur elle-même, réalisant le type du volvulus sous bride.

Ces symphyses, ces adhérences, ces brides sont souvent la conséquence d'une technique imparfaite : défaut de péritonisation essentiellement, mais aussi traumatisme excessif des anses au cours de leur manipulation ou usage inconsidéré d'antiseptiques au contact de la séreuse. Nous rappellerons à ce propos que l'on a récemment attiré l'attention sur le danger occlusif d'une trop généreuse sulfamidothérapie intrapéritonéale. Nous croyons avoir eu personnellement l'occasion de vérifier une fois l'action favorisante des sulfamides dans la genèse des symphyses intestinales. Dans d'autres cas, la tendance à faire des adhérences paraît bien relever d'une susceptibilité organique particulière de l'individu et l'on a pu dire avec quelques raisons « qu'il y a des péritoines à adhérences comme il y a des peaux à chéloïdes ».

5° LES OCCLUSIONS PAR VICE DE POSITION SPONTANÉE, les volvulus sans cause organique apparente peuvent se voir après toute opération abdominale et sont imprévisibles. La position de Trendelenburg n'en a pas l'apanage exclusif. On cite de tels volvulus après des appendicectomies à froid. Ces volvulus peuvent être d'apparition extrêmement précoce après l'opération. ROBINEAU en a rapporté une observation de DELAGENIÈRE au deuxième jour après une opération césarienne.

Ils peuvent survenir de façon retardée ; MONDOR cite une observation de PATEL au huitième jour après une appendicectomie à froid qui fut sans incident. Tous les segments mobiles de l'intestin peuvent donner lieu à une torsion post-opératoire. On connaît bien les volvulus du grêle et du côlon pelvien, un cas particulier de ceux-ci étant fourni par les récidives après simple détorsion.

Nous devons à notre Maître, le Pr. FEY, une observation de volvulus de cæcum après néphrostomie ; il s'agissait d'une intervention sur le rein gauche, pratiquée par conséquent

dans le décubitus droit, et il ne paraît pas excessif de penser que la bascule du côlon non accolé au cours de l'intervention a dû être l'amorce de la lésion.

Il convient de retenir de ces faits la règle, d'ailleurs bien connue, de manœuvrer le malade lentement et avec précaution dans les changements de position auxquels on le soumet.

6° LES OCCLUSIONS PAR INCARCÉRATION peuvent être pariétales ou profondes.

— Pariétales, ce sont des accidents précoces sous la dépendance du coincement d'une anse dans la ligne de suture ou des accidents retardés en rapport avec une éventration au niveau de cette ligne de suture.

— Profondes, ce peuvent être des étranglements de l'intestin au travers d'une brèche opératoirement créée. Nous avons déjà vu celle qui succède aux interventions sur l'estomac ou à certaines interventions sur l'appareil génital de la femme. Ces incarceration peuvent se voir aussi au travers d'une brèche épiploïque. LUCCIONI et THOMAS en ont colligé quelques cas. Nous en avons observé nous-même un exemple (Obs. XV).

En somme, si l'on résume les grands processus généraux qui président à l'apparition des occlusions post-opératoires, on voit qu'il est juste de les ranger sous les rubriques principales que proposait déjà à peu près ASHTON : occlusion par adhérences ; occlusion dynamique ; occlusion par striction ou engagement dans une fente d'une anse intestinale, ce sont les occlusions par incarceration ; occlusion par torsion intestinale ; occlusion par vice de position.

La connaissance exacte des lésions que déterminent ces diverses éventualités étiologiques est essentielle au point de vue de la discussion thérapeutique et ce sont elles que nous allons maintenant étudier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est classique d'opposer à l'*iléus dynamique*, qui peut être *paralytique* ou *spasmodique*, l'*iléus mécanique* par bride, volvulus, incarceration, adhérences, etc...

A ces deux catégories bien définies, il conviendrait d'ajouter l'*iléus inflammatoire*, type même des occlusions retardées, dû à un processus de péritonite adhésive subaiguë, il associe les deux mécanismes :

- mécanique par agglutination, coudures, adhérences ;
- dynamique par paralysie intestinale due à la péritonite plus ou moins importante. Il faut noter d'ailleurs également que dans les occlusions mécaniques existe toujours un élément paralytique plus ou moins important.

Nous étudierons successivement l'anatomie pathologique de ces différents types :

1° LES OCCLUSIONS DYNAMIQUES

A) - Dans L'OCCLUSION PARALYTIQUE domine la distension globale de l'intestin sans obstacle au transit. Il s'y ajoute d'ordinaire un facteur péritonitique plus ou moins marqué qui se traduit à l'ouverture de l'abdomen par l'écoulement d'une sérosité purulente plus ou moins abondante. Les anses sont œdématisées, congestionnées, épaissies, rouges, semées de fausses membranes fibrineuses. Quand l'élément péritonitique est au contraire absent (il s'agit alors d'un iléus paralytique purement réflexe), les anses paraissent au contraire amincies du fait de leur distension.

B) - Dans L'OCCLUSION SPASMODIQUE :

— Tantôt coexistence de zones alternativement contractées et dilatées avec réversibilité de l'état de contracture à l'état de distension et inversement, ce qui nous paraît le type le plus caractéristique de l'iléus spasmodique.

— Tantôt, au contraire, contracture tonique permanente localisée en un point en règle au niveau du côlon gauche (partie moyenne du descendant ou jonction recto-sigmoïdienne) avec rétro-dilatation globale et régulière en amont qui peut se limiter ou se continuer sur le grêle. Dans ce dernier cas, la distension iléale peut s'accompagner d'une abondante rétention liquidienne.

2° LES OCCLUSIONS PAR INCARCERATION

Elles réalisent le type même des étranglements internes. Il s'agit d'incarcération dans des orifices préexistants ou opératoirement créés et non obturés en fin d'intervention. Nous avons signalé déjà, à propos de l'étiologie, les sièges divers où pouvaient se trouver ces orifices. Rappelons qu'il peut en exister :

A) - AU NIVEAU DE LA PAROI, par suite d'une réfection imparfaite ; c'était le cas de nos observations V et XII.

B) - AU NIVEAU DE L'ÉPIPLOON OU DES MÉSOS. — Nous avons déjà dit comment l'étranglement pouvait être réalisé, dans une brèche du grand épiploon, au niveau du méso-côlon et du ligament large. Ces divers orifices, quand ils sont anciens, peuvent s'organiser et prendre un aspect identique avec épaississement des bords, aspect d'anneau fibreux inextensible avec arêtes vives, l'étranglement intestinal pouvant ne se manifester que longtemps après l'engagement des anses dans l'orifice. Quant aux lésions de l'intestin, elles sont analogues dans les différents processus d'étranglement serré de l'intestin et nous y reviendrons.

C) - AUTRES TYPES D'INCARCÉRATIONS. — Elles peuvent être dues à une disposition nouvelle que l'intervention a créée au niveau des organes abdominaux ; c'est ce qui est réalisé, comme nous l'avons déjà dit, au cours des ligamentopexies entre utérus et paroi ou entre paroi et ligaments ronds, au cours des gastro-entérostomies ou gastrectomies, par l'étranglement rétro-anastomotique. Une ou deux anses grêles se trouvant anormalement fixées en un point du péritoine pariétal ou à d'autres organes, peuvent également ménager, entre elles et la paroi, des orifices où une incarceration peut se produire suivant des éventualités multiples et échappant à toute description systématique.

3° LES OCCLUSIONS PAR ADHÉRENCES

On peut en distinguer deux grands types anatomiques : adhérences localisées, adhérences diffuses.

A) - ADHÉRENCE LOCALISÉE d'une anse à la paroi, à une zone quelconque dépéritonisée, par exemple au niveau d'une péritonisation incomplète dans le petit bassin, ou à d'autres anses grêles, ou à tel ou tel organe abdominal.

Il peut s'agir d'une adhérence limitée au sommet de l'anse ou d'une adhérence large accolant une anse en canon de fusil à une autre anse ou à une zone pariétale.

B) - ADHÉRENCES DIFFUSES. — On en peut distinguer deux aspects d'après leur évolution.

— Un aspect *subaigu* de péritonite adhésive, agglutination d'anses aux abords d'un foyer inflammatoire ou d'une zone principale d'adhérence, processus de limitation analogue au plastron appendiculaire ; les anses sont collées entre elles sur plusieurs centimètres, réunies par des placards et des exsudats fibrineux ; la séparation en est relativement aisée, mais laisse des zones dépéritonisées et saignantes susceptibles

d'engendrer la récursive d'agglutination. Cet aspect de péritonite adhésive est le plus fréquemment observé dans les occlusions retardées ; c'est dans ces cas que l'on pourrait, comme nous le disions plus haut, employer le terme d'*iléus inflammatoire* ; en effet, si ces multiples adhérences entraînent des coudures et par là une gêne mécanique du transit, il s'y surajoute toujours un élément de distension paralytique plus ou moins marqué des anses intestinales, en rapport avec l'inflammation de la séreuse qui existe toujours dans ces cas ; il n'existe pas, par contre, en général, de lésions d'étranglement serré de l'intestin.

— Un *aspect chronique*, où il existe encore des adhérences multiples, mais ici plus serrées, plus difficiles à libérer et associées souvent à une ou deux brides plus organisées. Ce processus est particulièrement responsable des occlusions récidivantes ; nos observations XXV et XXVIII en sont de bons exemples.

4° LES OCCLUSIONS PAR BRIDES

C'est peut-être le processus le plus habituel des occlusions post-opératoires, et notamment des occlusions tardives. Une bonne étude anatomique en a été faite dans la thèse de MARTINIS.

L'*aspect* de ces brides est extrêmement variable ; il peut s'agir d'une de ces brides scléreuses de volume assez notable ou, plus souvent réduite au calibre d'une mince ficelle. Quand elles sont jeunes, ces brides, dont l'organisation peut être d'une surprenante rapidité, apparaissent vélamenteuses, fibrineuses, plus ou moins étalées. S'il s'agit parfois de bride unique, elles sont aussi souvent multiples ; une observation du Dr BRAINE, rapportée par YOVANOVITCH, en fournit un bon exemple : trois semaines après une appendicectomie à froid ayant comporté un drainage de la fosse iliaque, éclate une occlusion intestinale aiguë. La réintervention montre, outre un magma d'adhérences péricæco-coliques et péri-iléales, trois sténoses

étagées successives, une à la fin de l'iléon, une seconde à 20 cm. de l'angle iléo-cæcal, et une troisième, la plus haute, siégeant à 40 cm. au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Ces brides jeunes ne sont, d'ordinaire, qu'incomplètement sténosantes, mais leur multiplicité peut apporter une telle gêne au transit qu'une occlusion complète en résulte.

Les brides anciennes, et complètement organisées, étranglent généralement l'intestin de façon extrêmement serrée, au point qu'elles peuvent parvenir à le sectionner, comme dans une observation rapportée par HUET. Elles sont rigides, scléreuses, condensées et comme rétractées, le plus souvent uniques.

Le *siège* et la *direction* de ces brides sont d'une variabilité extrême et presque impossibles à systématiser ; elles peuvent être tendues d'une anse intestinale à la paroi ou à une autre anse ; elles peuvent siéger au sommet d'une anse qu'elles fixent ou d'autres anses peuvent s'engager sous la bride et être étranglées par elle.

5° LES OCCLUSIONS PAR TORSION

Elles sont un des aspects très fréquents des occlusions post-opératoires. Sur nos trente-cinq observations, nous comptons quatre volvulus du grêle et un volvulus du cæcum ; dans la thèse récente de DELOUCHE, ainsi que dans le travail très documenté de MIALARET et BOUDREAUX, sur cent quatre observations de volvulus du grêle, cinquante-huit sont de nature post-opératoire. PATEL (de Lyon) a rapporté une observation de volvulus du côlon pelvien post-opératoire. Volvulus du côlon ou du cæcum sont cependant rares et semblent être toujours du type volvulus libre, sans bride, sans adhérence à l'origine ; nous avons vu ce que l'on peut penser de la pathogénie de ces accidents.

Mais c'est le *volvulus du grêle* qui est de beaucoup le plus fréquent :

A) - Le VOLVULUS TOTAL ou subtotal est rare. C'était le cas dans une observation de GRANJON et BONNEFOI, et dans deux observations de DELOUCHE ; dans notre observation X, un volvulus subtotal était amorcé par une adhérence pariétale au sommet d'une anse ; seule la dernière anse iléale ne participait pas au processus.

B) - Le VOLVULUS PARTIEL est infiniment plus fréquent et peut répondre à plusieurs types anatomiques :

a) *Volvulus simple* sans bride, sans adhérence ;

b) *Volvulus sur anse adhérente* : une anse est fixée par son sommet (par une bride ou une adhérence) à la paroi ou à une autre anse ; autour de ce point fixe s'amorce une torsion suivant l'axe du mésentère ;

c) *Volvulus sur bride point d'appui* : une anse bascule sur une bride qui enserre son pied et amorce ainsi la torsion ;

d) *Volvulus sous bride* : c'est un type un peu artificiellement distingué du précédent, une bride formant pont étrangle une anse intestinale qui passe au-dessous d'elle ; l'obstacle ainsi créé à l'onde péristaltique entraîne un volvulus de l'anse située en amont. Le volvulus n'est pas fixé par la bride et peut être détordu sans section de celle-ci.

En outre, il faut noter que tous les processus d'adhérences, d'incarcération, peuvent être à l'origine de torsions intestinales exactement comme les brides.

6° LES OCCLUSIONS PAR VICE DE POSITION

Ce sont celles que détermine une soudure ou une fixation anormale d'un segment intestinal (iléon terminal, angle gauche) et qui s'extériorisent à la faveur de la perturbation dynamique post-opératoire. Ce sont encore celles qui résultent d'une erreur de technique, telle qu'anastomose gastro-jéjunale inversée ou d'une intussusception comme dans l'invagination rétrograde de l'intestin dans l'estomac après gastro-entérostomie.

7° LES LÉSIONS DE L'INTESTIN

Dans les *étranglements serrés*, qu'il s'agisse de bride, d'incarcération, de volvulus, ce sont les lésions habituelles de congestion de l'anse, d'infarctus ou de sphacèle, particulièrement menaçant au niveau du sillon de striction et pouvant aboutir à la perforation (Obs. XXX), voire même à la section de l'anse.

Dans les processus d'adhérences multiples et plus lâches, coexistent, nous l'avons vu, des lésions de péritonite adhésive avec exsudats fibrineux et un élément de distension paralytique ; les anses sont congestionnées, œdématiées, épaissies.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les aspects cliniques des occlusions post-opératoires sont **extrêmement variés** ; ils répondent, comme nous l'avons vu, à des mécanismes très divers, et le diagnostic en est souvent très difficile.

Il faut s'efforcer, cependant, de parvenir à un diagnostic aussi précis que possible de la cause et de la nature des accidents. Le moment d'apparition des premiers signes, l'analyse méthodique des symptômes, permettent quelquefois d'arriver à ce résultat. L'étude des clichés radiographiques a aussi une très grande importance et devrait en prendre une plus grande encore au fur et à mesure que les documents s'accumuleront ; il faudrait, pour cela, s'imposer la règle de radiographier tous les opérés qui paraissent présenter des signes d'occlusion.

Nous envisagerons, tout d'abord, un certain nombre de cas assez particuliers où le syndrome clinique peut orienter nettement le diagnostic topographique ou étiologique.

Puis, nous envisagerons les syndromes généraux communs d'occlusions post-opératoires, basés sur la chronologie des accidents par rapport à l'intervention causale.

I. - QUELQUES TYPES CLINIQUES PARTICULIERS D'OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

1° L'OCCLUSION DUODÉNALE AIGÜE POST-OPÉRATOIRE.

Elle est très particulière et, du point de vue pratique, elle entre à peine dans le cadre de notre étude. Elle réalise sur-

tout une monstrueuse dilatation gastrique, et le terme de dilatation aiguë de l'estomac, adoptée par GERMAIN dans sa thèse récente, semble d'ailleurs mieux convenir à désigner ce syndrome que celui d'occlusion duodénale puisque, dans certains cas, la distension se cantonne à l'estomac seul et n'intéresse aucunement le duodénum.

Une triade symptomatique domine le tableau clinique : vomissements profus, collapsus précoce, distension haute de l'abdomen sans péristaltisme.

Du point de vue radiographique, on s'étonnera quelquefois, au premier abord « d'une grisaille uniforme », d'une opacité subtotale de la région abdominale sans aucune clarté aérique. Mais, si le cliché est bien centré, et que l'on n'a pas négligé la règle formelle d'y inclure la ligne des coupes diaphragmatiques, le très large niveau liquide horizontal « mobile comme dans un tonneau » (ADAMASTEANU), surmonté d'une poche à air des plus nettes, ne peut permettre aucune hésitation.

2° L'INVAGINATION RÉTROGRADE DE L'INTESTIN APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Elle peut être diagnostiquée aisément sur son aspect radiographique.

CHARRIER, LEDOUX-LEBARD et GARCIA-CALDERON ont insisté sur l'aspect d'images lacunaires claires, arrondies ou ovales, régulièrement striées, tranchant sur l'opacité du contenu gastrique.

3° LES OCCLUSIONS PAR INCARCÉRATION.

Le diagnostic clinique d'occlusion par incarceration, soit au travers d'une brèche épiploïque ou mésocolique, soit prévertébrale derrière une anastomose de gastro-entérostomie, est pratiquement impossible et n'a jamais été posé fermement, du moins dans les observations publiées.

Il semble pourtant que la constatation d'une grosse tumé-

faction épigastrique contrastant avec une excavation marquée de l'étage sous-ombilical, la perception d'une masse profonde animée de mouvements péristaltiques ou encore la perception de quelques mouvements de reptation d'anses en un secteur limité de la cavité abdominale pourraient y faire songer. Ces signes ne sauraient valoir évidemment que si l'examen était pratiqué assez tôt après le début des accidents. Quoi qu'il en soit, chez tout gastro-entérostomisé présentant une intolérance gastrique absolue, il faut réintervenir.

A un stade plus tardif, le diagnostic étiologique précis est rendu plus malaisé encore du fait de l'infarcissement de l'intestin que pourrait aussi réaliser un volvulus. Mais le diagnostic de cet infarcissement peut être au moins soupçonné lorsque l'on perçoit sous une paroi souple ou peu tendue une masse résistante et ferme, douloureuse, de contour flou, mate. Il est probable qu'on y observerait de plus l'opacité radiologique de l'infarctus. Cet état comporte en outre, de façon régulière, une élévation thermique plus ou moins accusée entre 38° et 38°5.

Nous avons noté plusieurs fois la valeur séméiologique de ces divers éléments.

4° LES VOLVULUS.

C'est essentiellement le *volvulus du grêle* que nous avons en vue ; il n'est pas fréquent de pouvoir l'affirmer ; parmi les signes qui pourraient y faire penser, DELOUCHE ne retient que :

- la douleur extrêmement vive,
- les vomissements constants ;

tous les autres signes sont contingents : atteinte très marquée de l'état général, météorisme localisé, etc...

Quant aux images radiologiques, il n'en est pas de pathognomonique ; l'image classique de l'anse dilatée, très claire, en arceau, surmontant deux niveaux liquides, que décrit le Pr. MONDOR, est certainement très caractéristique, mais DELOUCHE la croit très rare.

5° LES ILÉUS FONCTIONNELS.

Nous n'avons pas en vue, ici, l'iléus paralytique des péritonites, dont le tableau se confond avec celui de la péritonite ; mais à propos de l'iléus spasmodique, il convient d'insister sur ce fait, bien mis en évidence déjà par MM. MONDOR, PORCHER et OLIVIER que, dans ces cas d'*iléus spasmodique*, il existe le plus souvent de simples images de distension gazeuse à l'exclusion des niveaux liquides. Dans une de nos observations, cependant (Obs. VII), il existait d'authentiques niveaux hydro-aériques.

II. - LES SYNDROMES GENERAUX COMMUNS DE L'OCCLUSION POST-OPERATOIRE

En dehors des cas que nous venons d'envisager, il est bien difficile de schématiser les tableaux cliniques de l'occlusion post-opératoire. Les aspects symptomatiques sont, en effet, multiples et correspondent, nous l'avons déjà dit, à des étiologies variées, parfois plusieurs mécanismes occlusifs se surajoutent chez le même malade ; en outre, du moins dans les occlusions immédiatement consécutives ou retardées, la symptomatologie se trouve mêlée aux différentes manifestations habituelles de la période post-opératoire.

Nous analyserons les principaux types cliniques que l'on peut rencontrer pour chacun des types d'occlusion :

- immédiatement consécutive,
- retardée,
- tardive.

I. - OCCLUSIONS IMMEDIATEMENT CONSECUTIVES

Elles sont d'un diagnostic particulièrement difficile ; survenant sans intervalle libre au cours même de la période physiologique de parésie intestinale post-opératoire, il est

très facile, trop facile, de les attribuer à un simple prolongement de la période de parésie intestinale ou à un iléus paralytique traduisant un certain degré d'irritation péritonéale.

Mais il faut bien savoir qu'elles peuvent fort bien être des occlusions vraies mécaniques, nécessitant une réintervention d'urgence comme en font foi nos observations V (incarcération pariétale) et IX (adhérence à une zone dépéritonisée) et les observations de MASMONTÉIL (mort au quatrième jour d'une hystérectomie ; étranglement par bride épiploïque) et de Y. DELAGENIÈRE (volvulus à la quarantième heure après une césarienne) et nombre d'autres.

Et le problème de la réintervention se pose donc avec d'autant plus d'acuité que l'on répugne à réintervenir dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent une intervention.

Normalement, dès le surlendemain de l'intervention, les vomissements et les nausées post-anesthésiques ont pratiquement cessé ; l'abdomen devient moins douloureux, le cours des gaz se rétablit ; l'euphorie de l'opéré s'affirme. C'est à des nuances cliniques qu'il faut saisir la complication occlusive.

On attachera donc une grande importance :

- à des douleurs abdominales persistantes continues ou paroxystiques, ce qui est encore plus évocateur ;
- à des vomissements répétés passé le deuxième jour ;
- à un ballonnement abdominal important ;
- surtout au fait que *l'opéré ne rend pas ses gaz*.

Il s'y ajoute toujours une atteinte assez nette de l'état général avec une altération plus ou moins marquée des traits, une accélération ou un affaiblissement du pouls.

Surtout sera importante *la surveillance très étroite* du malade ; l'étude des résultats de la thérapeutique médicale systématiquement mise en œuvre à l'apparition du premier signe anormal : atropine, sérum hypertonique intra-veineux, aspiration duodénale, sonde rectale.

Si ces petits moyens, isolés ou associés, n'amènent pas

rapidement (en douze heures) une sédation franche et nette avec :

- amélioration de l'état général,
- diminution du ballonnement,
- émission indiscutable de gaz,

il faut considérer qu'il y a occlusion.

L'examen physique de l'abdomen donne peu de renseignements utiles. Le plus souvent, l'abdomen est uniformément ballonné, mais sans péristaltisme visible. Dans quelques cas, et c'est un signe de très grande valeur, on peut saisir l'existence d'ondulations péristaltiques ; celles-ci peuvent d'ailleurs se voir dans le simple iléus spasmodique ; nous en avons observé un cas tout à fait démonstratif (Obs. VII).

Il est important encore de considérer la courbe thermique et de tenir compte des lésions qui ont déterminé la première intervention. L'iléus des péritonites s'accompagne souvent de fièvre élevée, mais il y a des péritonites atténuées qui évoluent sans grosse élévation thermique, et vers le troisième jour qui est pratiquement celui où l'on commence à s'alarmer, il existe toujours, même au cas d'intervention pour lésion non inflammatoire, une élévation thermique aux environs de 38°.

La radiologie doit tenir une place de plus en plus grande pour le diagnostic précoce de ces états occlusifs.

En principe, d'après MONDOR, PORCHER et OLIVIER, l'iléus spasmodique donne seulement des images de distension gazeuse à l'exclusion de niveaux liquides. Il en serait de même, d'une manière générale, dans l'iléus fonctionnel et nous avons eu personnellement l'occasion de le vérifier plusieurs fois.

Les images hydro-aériques appartiendraient, soit à l'iléus par péritonite, soit à l'iléus mécanique, et leur constatation doit donc attirer très vivement l'attention.

II. - OCCLUSIONS RETARDEES

Elles peuvent réaliser deux tableaux cliniques principaux.

— Tantôt l'occlusion apparaît inopinément au huitième-

dixième jour, ou parfois plus tard, après une intervention de suites immédiates très simples. Son tableau clinique s'apparente alors de très près à celui des occlusions tardives ; le diagnostic en est très facilité par la soudaineté et la netteté du début. Nous en avons récemment observé un bel exemple chez une jeune malade du service du Dr SORREL (Obs. XXII).

— Tantôt, et ce sont les cas les plus particuliers, l'occlusion apparaît de façon retardée chez un malade dont les suites avaient été à peu près normales, mais généralement difficiles. Le cours des gaz s'était rétabli lentement, paresseusement ; il persistait un certain degré de distension abdominale, quelques vagues douleurs. Surtout la fièvre n'avait jamais disparu ou bien n'avait cédé que pour reprendre bientôt à un degré plus ou moins élevé.

Dans la règle, l'opération pratiquée avait porté sur un organe enflammé ou sur un foyer septique.

C'est progressivement, à bas bruit, par à-coups, que se constitue l'occlusion. L'abdomen se ballonne, des vomissements surviennent, le cours des gaz se trouve interrompu.

Il arrive assez fréquemment que ces occlusions inflammatoires évoluent par *poussées* avec des améliorations qui font croire la guérison obtenue et des reprises où les phénomènes occlusifs s'accusent. Ainsi, peu à peu, tandis que la guérison est espérée sans réintervention, l'état du malade décline jusqu'au moment où celle-ci s'avère indispensable.

Dans ces cas, la radiographie révèle toujours la présence de nombreux niveaux hydro-aériques dont il faut s'efforcer de préciser la topographie. Le diagnostic étiologique de ces états occlusifs se pose différemment suivant que l'abdomen a été drainé ou ne l'a pas été. Nous avons vu, en effet, que le mode de drainage, drain de caoutchouc ou mèche, peut, de son seul fait, jouer un rôle important dans la genèse de l'occlusion. S'il est possible d'éliminer ce facteur, il faut se souvenir encore du rôle pathogénique des *abcès* et les rechercher avec grand soin par l'exploration de la région opératoire, par le palper profond de l'abdomen, par le toucher rectal et le toucher vaginal.

Il est intéressant également de tenir compte de la formule leucocytaire, bien que la leucocytose avec polynucléose soit très souvent observée dans ces occlusions inflammatoires, même en dehors de tout abcès.

III. - LES OCCLUSIONS TARDIVES

Ce sont celles-ci qui s'apparentent au plus près au schéma classique de l'occlusion intestinale aiguë primitive.

Il s'agit en effet de sujets de bonne santé générale, chez qui les accidents sont apparus inopinément avec la brusquerie, la soudaineté et l'acuité qui sont habituelles dans l'occlusion primitive.

Dans les cas typiques, l'occlusion est cliniquement indiscutable :

Douleurs paroxystiques et vomissements ; arrêt des matières et des gaz ; perception, dans un ventre encore plat, d'une zone tendue et douloureuse correspondant aux anses bloquées ; tympanisme local ; ondulations péristaltiques visibles sous la paroi. Tous ces signes peuvent s'associer en des schémas divers qui feront évoquer, selon les cas, le volvulus ou l'incarcération.

Si même un seul de ces signes existe avec netteté chez un malade porteur d'une cicatrice de laparotomie, c'en est presque assez pour conclure à l'occlusion et au moins pour faire pratiquer *l'examen radiologique* ; celui-ci revêt ici toute son importance. Cliché debout sans préparation, clichés pris dans le décubitus de face, de profil, en position oblique, et même cliché pris en position de Trendelenburg, sur lequel on a récemment insisté, lavement baryté même s'il y a lieu.

L'analyse minutieuse sur ces différents clichés des ombres et des clartés intra-abdominales, confrontée avec les données de la clinique, pourra permettre un diagnostic très précoce de l'occlusion et même une localisation assez précise de son siège qui ne répond pas nécessairement à la région de l'intervention antérieure.

Il y a, cependant, des cas plus obscurs ; les douleurs peuvent être plus permanentes, moins électivement localisées que dans le schéma classique ; sous une paroi grasse, et même sur un ventre encore plat, il peut être difficile de percevoir la tension ou l'infarcissement d'une anse en occlusion. On conçoit que la difficulté puisse être maxima s'il existe une élévation thermique appréciable.

Or, nous avons déjà dit que lorsque l'occlusion s'accompagne de lésions d'infarcissement, l'élévation thermique était la règle. Chez une femme opérée par notre Maître le Professeur SÈNÈQUE, et qui présentait un syndrome douloureux abdominal aigu fébrile qui avait fait porter le diagnostic d'appendicite, l'intervention chirurgicale fit découvrir l'étranglement serré d'une anse grêle avec infarctus sous une bride qui était en rapport avec une intervention antérieure datant de plusieurs années.

TRAITEMENT

Il est un *traitement préventif* de l'occlusion post-opératoire ; nous y avons fait quelques allusions à propos de l'étiologie et du mécanisme ; il nous est impossible de le décrire en détail car il est fait de précautions techniques particulières à telle ou telle intervention.

Nous rappellerons seulement quelques principes :

— La nécessité d'une péritonisation impeccable ne laissant subsister aucune zone cruentée ;

— Le souci de ne pas laisser persister dans l'abdomen de fentes ou d'orifices opératoirement créés ;

— L'intérêt qu'il y a à réduire au minimum le traumatisme et le brassage des anses ;

— Les précautions que l'on doit prendre si l'on croit devoir placer un drainage (bonne mise en place, tassement suffisant des mèches, etc...) et ablation à une date convenable ;

— Le danger que peut constituer l'abus des antiseptiques intra-abdominaux.

Ceci dit, nous envisagerons successivement les *méthodes thérapeutiques*, puis les *indications* adaptées aux différents cas d'occlusion post-opératoire.

LES METHODES THERAPEUTIQUES

I. - Les moyens médicaux

On peut opposer à l'occlusion post-opératoire des moyens purement médicaux :

— antispasmodiques (atropine essentiellement),

- substances stimulant la motricité intestinale telles que péristaltine, rétro-pituitine, prostigmine,
- injections I.V. de sérum salé hypertonique,
- lavements salés hypertoniques.

Ce sont les moyens les plus classiques ; on a préconisé également, entre autres, :

— *L'acétylcholine* en injection I.M., 0,10 toutes les deux heures (J. SAINTON) ;

— *Le citrate de soude*, injection I.V. de solution à 20 % (BOTTIN).

Tous ces procédés ont fait l'objet de très nombreux travaux français et étrangers d'ordre physiologique et expérimental. Nous ne les discuterons pas, préférant nous placer sur le seul terrain pratique ; de ce point de vue, tous ces procédés ne présentent pas un égal intérêt :

Le *lavement salé hypertonique*, en particulier, est capable de déclencher des effets de spasme intestinal réactionnel sur lesquels LERICHE et FRICH ont attiré l'attention et que nous avons personnellement vérifiés ; c'est une méthode à laquelle nous avons pour notre part renoncé.

Il n'est pas toujours indifférent non plus, ni dépourvu de danger, de tenter de ranimer la motricité intestinale dans certains cas d'occlusions post-opératoires où des phénomènes mécaniques d'adhérences, de coudure, de plicature d'anses ajoutent leurs effets à ceux de la parésie atonique.

L'usage des *antispasmodiques* doit être réservé par principe au seul syndrome comportant une contracture tonique permanente de l'intestin.

L'*injection intra-veineuse de sérum salé hypertonique* est certainement d'un usage plus général. En dehors du rôle d'excitant de la motricité intestinale, le chlorure de sodium concentré joue surtout, conformément à l'enseignement de HAVEN et OU, et, en France, de GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS, un rôle dont l'importance n'est plus à démontrer dans la correction du déséquilibre humoral que provoque l'occlusion.

Lors de l'apparition de la méthode, de nombreux cas de

guérison d'occlusion par les seules injections de sérum hypertonique ont été publiées à la Société de Chirurgie ; il ne nous semble pas que l'on puisse, en pratique, compter guérir vraiment, même une occlusion inflammatoire, par ce seul procédé, mais il est intéressant de retenir de ces observations les doses employées : 3 à 4 injections de 20 cc. à 20 % par jour (COURTY). Au total, ce traitement, s'il est employé seul, doit être *énergique* et *court* ; en outre, il constitue toujours un adjuvant fondamental des autres procédés thérapeutiques.

Si nous voulions *conclure* à propos de l'ensemble des traitements médicaux, nous dirions qu'ils sont tous légitimes, utiles et même nécessaires, à condition de ne pas faire perdre de temps, et pour cela :

- les employer d'emblée à dose suffisante,
- ne tenir compte que d'une sédation franche avec *retour des gaz*,
- ne pas attendre le résultat au-delà de douze heures.

II. - Les moyens physiologiques et de petite chirurgie

Le *lavement électrique* a joui pendant quelque temps d'une assez grande vogue. Il avait été remis en faveur par GATELIER et PORCHER à l'occasion d'une observation où son efficacité avait été démonstrative. Il s'agit, de l'aveu même de ceux qui le préconisent encore (D'HALLUIN), d'une méthode de technique délicate et d'action incertaine. Il faudrait, pour en obtenir un résultat, répéter les applications plusieurs fois à huit ou dix heures d'intervalle ; une telle conduite nous paraît, par la temporisation qu'elle entraîne, extrêmement dangereuse ; elle est d'ailleurs, et nous pensons qu'elle doit demeurer, à peu près complètement abandonnée.

La *rachianesthésie* a eu elle aussi son ère de crédit. On peut citer à ce propos les résultats impressionnants de T. ASTÉRIADES. Une discussion très animée, menée par P. DUVAL,

a eu lieu à ce sujet à la Société Nationale de Chirurgie, en 1927, à la suite de laquelle elle fut à peu près unanimement condamnée, au moins comme procédé thérapeutique, car comme mode d'anesthésie au cours de l'occlusion elle peut conserver des indications.

Plus récemment, on a préconisé l'*infiltration novocaïnique des nerfs splanchniques*. Or cette méthode se propose de corriger le déséquilibre dynamique de la musculature intestinale en bloquant l'action dilatatrice des voies sympathiques. De ce point de vue, la rachianesthésie nous paraît donner plus de sécurité que l'infiltration splanchnique, qui comporte toujours un certain aléa technique.

III. - Les méthodes de posture

On connaît l'effet souvent remarquable et décisif de la position ventrale de SCHNITZLER ou de la position genu-pectorale dans le traitement de l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire.

Pour le traitement de la même affection, COSTANTINI a recommandé la position latérale droite qui serait mieux supportée, bien qu'ayant un effet comparable.

Certains ont proposé la position de TRENDELENBURG. LAFITTE a dit récemment le rôle favorable de cette position de Trendelenburg dans le traitement de certaines occlusions inflammatoires fixant les anses au fond du pelvis.

Nous avons personnellement vérifié que dans certains cas d'occlusion, où la gêne du transit était surtout fonction de coudures iléales, le décubitus latéral droit ou le procubitus ventral pouvaient favoriser le rétablissement de la fonction intestinale. Il faut bien dire que ces méthodes, utiles dans quelques cas très particuliers, ont perdu beaucoup de leur intérêt depuis l'avènement de l'aspiration duodénale, qui réalise une déplétion des organes d'effet plus régulier et d'une manière moins inconfortable.

IV. - L'aspiration duodénale continue

De toutes les méthodes non opératoires, l'aspiration duodénale continue à la manière de WANGENSTEEN, est celle qui présente le plus grand intérêt. Il faut pourtant s'expliquer sur les possibilités et les limites de ce procédé, car son application aveugle, trop longtemps et trop systématiquement prolongée, peut faire perdre un temps précieux et amener des catastrophes comme dans notre observation V. Le Pr. BROCCQ, qui fut l'introducteur en France de cette précieuse méthode, a très bien précisé ces différents points, tout récemment encore, à l'Académie de Chirurgie.

Il importe d'abord que la sonde soit en bonne place ; certains auteurs (SOUPAULT) ont émis l'idée que la simple aspiration *gastrique* peut être suffisante ; or, il semble bien que si la déplétion gastrique peut amener un soulagement comme auparavant l'habituel lavage d'estomac, elle est tout à fait incapable d'assurer une vidange intestinale et d'avoir tous les effets que l'on peut attendre de celle-ci. Mais la mise en place dans le duodénum n'est pas toujours de réalisation aisée. BROCCQ et EUDEL ont bien montré l'obstacle difficilement franchissable que forme dans quelques cas la plicature de l'estomac refoulé par la distension du grêle et du côlon. Il importe alors de s'efforcer de faire progresser la sonde armée de son mandrin métallique sous contrôle radioscopique. C'est souvent très malaisé. On y parvient néanmoins, dans la majorité des cas, en combinant avec des retraits et des avancés successifs de la sonde, des pressions directes sur le haut abdomen et des changements de position du malade.

Même lorsque la sonde est en bonne place dans le duodénum, certaines aspirations demeurent insuffisantes. Nous pensons que, pour que l'aspiration duodénale puisse donner son plein effet, il importe que l'occlusion ne soit, ni de date trop ancienne, ni d'un niveau trop bas. Il nous a semblé que le drainage aspiratif d'un intestin en occlusion (lequel se fait à distance du lieu même de l'occlusion, celle-ci siègeant d'ordinaire dans les occlusions post-opératoires retardées où

la méthode trouve ses meilleures indications, vers la partie terminale de l'iléon) n'était sûrement efficace que si l'intestin avait gardé tout son pouvoir de récupération tonique. Or celui-ci est en fonction inverse du temps écoulé depuis le début des accidents. L'intestin longtemps forcé se comporte comme un organe fatigué dont l'inertie explique aussi bien, pensons-nous, certains échecs de l'aspiration duodénale que de l'iléostomie ou de toute autre intervention.

Peut-être l'utilisation du long tube de MILLER et ABOTO, susceptible de progresser dans tout le grêle en vidant les anses les unes après les autres, modifiera-t-elle cet état de choses ; nous n'en avons personnellement aucune expérience à l'heure actuelle.

On a répété enfin bien souvent, et c'est une notion évidente, que l'aspiration duodénale continue ne dispensait pas forcément du recours aux méthodes chirurgicales. L'aspiration duodénale n'agit pas sur la cause de l'occlusion ; son effet n'est qu'indirect. En vidant l'intestin, elle diminue le choc que provoque sa distension aiguë ; elle corrige les vices de position qu'entraînent une fixation d'anses ou des agglutinations, quand celles-ci se combinent à la distension paralytique de l'intestin. De la sorte, elle peut à elle seule guérir un grand nombre d'occlusions post-opératoires. Mais il est bien évident que l'aspiration duodénale ne peut rien du point de vue curatif contre un volvulus ou une incarceration. C'est pourquoi le malade que l'on soumet à l'aspiration duodénale doit être l'objet d'une vigilance redoublée. L'aspiration duodénale continue amène toujours très vite une amélioration dans l'état du malade. Les douleurs s'atténuent ; le météorisme s'affaisse, au moins en partie. L'état général se relève d'une façon parfois véritablement surprenante. Cette amélioration générale et locale sera toujours utile et facilitera les gestes chirurgicaux si l'on est néanmoins contraint d'opérer.

Pour qu'il soit jugé inutile de réopérer le malade, il importe que la sédation obtenue par l'aspiration duodénale soit franche et totale. Si malgré l'aspiration persistent un météorisme rebelle, des reptations ondulatoires sous-pariétales, surtout
« si après douze heures d'aspiration duodénale continue effec-

tuée par une sonde mise en bonne place les gaz ne sont pas revenus par l'anus » (BROCQ et EUDEL), il faut réintervenir sans tarder.

Notre Maître, le Pr. SÉNÈQUE, insiste également beaucoup sur cette notion du retour des gaz, et dans un de nos cas (Obs. I), l'observation rigoureuse de la règle précitée a permis d'obtenir un succès très instructif.

Il s'agissait d'une occlusion retardée au sixième jour après appendicite gangreneuse ; la radiographie avait montré de nombreux niveaux liquides ; l'aspiration duodénale, aussitôt mise en place, amène très vite une sédation remarquable, mais le lendemain le cours des gaz ne s'est pas rétabli. Le Pr. SÉNÈQUE pose alors l'indication de la réinterventoïn ; par voie médiane on pratique une *iléo-iléostomie*, dont les suites sont remarquables, la malade rendant des gaz dès le lendemain et sortant guérie le quinzisième jour.

V. - Les procédés chirurgicaux

Nous les diviserons en :

— Méthodes *directes*, attaquant et supprimant la cause même de l'occlusion ;

— Méthodes *indirectes* de dérivation du cours des matières.

A) OPERATIONS DIRECTES

a) Elles peuvent se limiter à un temps pariétal :

- vérification de drainage,
- ablation d'un drain laissé trop longtemps en place,
- diminution de tassement de mèches,
- débridement d'une paroi trop complètement fermée et évacuation d'un abcès pariétal.

b) Parfois, il peut s'agir d'évacuation d'un abcès profond, essentiellement au niveau du Douglas.

c) Enfin, il peut s'agir d'une *réintervention véritable* qui peut se faire :

1° Soit par *la même voie* que la première intervention. Elle permettra, selon les cas :

— de lever l'étranglement d'une anse coincée dans la paroi ;

— de sectionner une bride ou de libérer des adhérences.

2° Soit par une *autre voie*, la voie *médiane*, en règle générale. La réintervention par voie médiane a l'avantage de permettre une exploration large de la cavité abdominale et de réserver vers l'ancien foyer opératoire un accès probablement moins malaisé, si les adhérences sont anciennes. L'opération proprement dite consistera, selon les cas, dans la détorsion d'un volvulus, une désincarcération, une section de bride, une libération d'adhérences. On aura toujours soin de faire suivre ces temps opératoires d'une péritonisation soigneuse des surfaces cruentées et des zones d'implantation des brides sectionnées. Il conviendra, de même, de toujours réaliser l'obturation des brèches où s'était faite une incarceration.

L'état de l'intestin dictera la conduite à tenir vis-à-vis de lui :

- réintégration pure et simple,
- enfouissement d'une surface suspecte,
- résection dans quelques cas.

B) OPERATIONS INDIRECTES

Elles négligent systématiquement la levée de l'obstacle et se proposent seulement de combattre l'occlusion en réalisant une vidange de l'intestin au-dessus de l'obstacle, ce qui, de même qu'agit l'aspiration duodénale, diminue le choc en faisant céder la distension intestinale et corrige les vices de position que déterminent des coudures ou des agglutinations combinées à la dilatation de l'intestin.

Ce but peut être atteint de deux manières : ou bien en réalisant une fistulisation de l'intestin en amont de l'obstacle,

c'est l'iléostomie ; ou bien en dérivant les matières d'une anse située en amont de l'obstacle vers un segment d'aval, cest l'entéro-anastomose.

L'ILÉOSTOMIE.

Nous aurons surtout en vue l'iléostomie *a minima*, c'est-à-dire pratiquée par une incision limitée, sans exploration de la cavité abdominale, sur la première anse dilatée qui se présente.

L'iléostomie *complémentaire* pratiquée après levée de l'obstacle pour soulager des sutures ou mettre au repos une anse de vitalité douteuse, a perdu beaucoup de ses indications depuis l'avènement de l'aspiration duodénale continue, mais elle ne présente pas non plus les inconvénients de l'iléostomie *a minima*. Nous y reviendrons.

L'iléostomie a été très chaleureusement recommandée par de nombreux auteurs et de très hautes autorités chirurgicales: rappelons que GOSSET lui reconnaissait une « valeur souveraine » et qu'elle a été également conseillée par CUNÉO, MOCQUOT, MATHIEU, MOULONGUET, et, à l'étranger, par MELCHIOR, par SAMPSON, HANDLEY, etc...

A) - Ces différents auteurs insistent avant tout sur la *bénignité* et la *simplicité* de l'opération, qui peu être pratiquée rapidement, à l'anesthésie locale, par une voie d'abord limitée, sans exploration, et par conséquent sans brassage, sans déperitonisation et, disent-ils, ce sont là des arguments majeurs puisque l'on intervient toujours chez des malades ballonnés, à état général mauvais, souvent infestés, etc...

Cette bénignité opératoire est indiscutable, quoique l'argument ait perdu de sa valeur depuis l'aspiration duodénale qui permet de lutter contre le ballonnement excessif avant la réintervention, et c'est à cause de cette extrême simplicité que l'iléostomie garde à nos yeux quelques indications limitées sur lesquelles nous reviendrons.

Mais l'iléostomie peut comporter des inconvénients sérieux et même amener des catastrophes, qui sont précisément la

rançon de l'absence d'exploration et du caractère aveugle de l'intervention.

Deux de ces éventualités ont un intérêt majeur, ce sont :

- l'inefficacité de l'iléostomie,
- la fistule grêle persistante.

1) En effet, certaines iléostomies s'avèrent *inefficaces* (cas de nos Obs. XXVII et XXIX). On a fistulisé une anse iléale à la paroi ; contrairement à l'attente du chirurgien, la sonde ne donne pas et le drainage n'aboutit qu'au rejet de quelques centimètres cubes de liquide sale. Peut-être a-t-on fistulisé une de ces anses paradoxalement dilatées au-dessous de l'obstacle, dont quelques exemples ont été rapportés à l'Académie de Chirurgie (FIOLLE, R. BERNARD).

Peut-être a-t-on fistulisé une anse inerte, forcée, incapable de recouvrer sa contractilité. Il s'agissait alors d'une intervention trop tardive et l'entéro-anastomose n'aurait vraisemblablement pas donné là un résultat meilleur. Mais il est possible encore, et une observation de DESJACQUES en fait foi, que la fistulisation du grêle même dérivant utilement laisse persister l'occlusion au niveau d'un autre segment d'intestin. Appendicite aiguë avec péritonite purulente ; appendice perforé — appendicectomie, un drain, une mèche — occlusion post-opératoire ; réintervention le dixième jour ; iléostomie à la Witzel par incision iliaque gauche. Détente passagère des signes, puis à nouveau ballonnement, ondes péristaltiques de l'hypocondre gauche. Nouvelle intervention six jours plus tard. Fistulisation du grêle, à gauche, au-dessus de la première iléostomie. Le lendemain, le ballonnement a disparu et beaucoup de liquide s'écoule par la première iléostomie, mais parallèlement l'état général s'altère et le décès survient finalement.

Plus graves peut-être encore, et du moins arguments d'accusation très grave contre toutes les méthodes de traitement sans exploration sont les cas où une iléostomie a laissé persister une occlusion *par strangulation* (incarcération, bride, volvulus) comme dans l'observation II de la thèse de YOVANOVITCH, et où les lésions de sphacèle intestinal ont évidemment entraîné la mort du malade.

2) Dans d'autres circonstances, l'iléostomie ne marque *aucune tendance à la fermeture spontanée* ; elle persiste et se comporte comme une *fistule du grêle avec les très graves inconvénients qui en peuvent résulter*. Nous en avons observé personnellement un cas (Obs. XI) très impressionnant, où la mort survint au quarante-cinquième jour, dans un état de dénutrition et de cachexie extrêmes.

Le fait qu'une iléostomie ne se referme pas spontanément témoigne de l'existence en aval d'un obstacle persistant. A la faveur de cette persistance de l'obstacle, le cours des matières ne se rétablit pas et la fistule se comporte comme l'orifice terminal du tractus digestif utilisable.

Cette fistule sera *d'autant plus grave* dans ses conséquences physiologiques qu'elle portera *sur une anse plus haut située*. Or, il n'est pas toujours aisé de s'orienter dans un abdomen météorisé parmi des anses distendues, et nous avons vu d'ailleurs que le principe même de l'iléostomie *a minima* veut que l'on s'abstienne de brasser les anses pour chercher celle qu'il serait le plus convenable de fistuliser. Il arrive, dans ces conditions, que la fistule porte sur une anse haute du tractus digestif. Et la dénutrition rapide qu'elle entraîne alors amène le malade à un degré de cachexie extrême qui rend redoutable et incertaine la nouvelle intervention qui s'impose évidemment. Cette réintervention ne pourra pas se borner d'ailleurs à fermer simplement la fistule. Il s'agit de rétablir le cours du transit intestinal, et ceci conduira toujours à une intervention de gravité certaine.

B) - Outre sa BÉNIGNITÉ OPÉRATOIRE que nous avons vue indiscutable, mais achetée au prix de graves aléas, outre son rôle dans la diminution de la distension, les protagonistes de l'iléostomie lui accordent encore le mérite, essentiel à leurs yeux, de **DÉRIVER A L'EXTÉRIEUR UN CONTENU INTESTINAL TOXIQUE**.

On sait la fortune de la théorie toxique de l'occlusion. Mais on sait aussi les divergences sur le rôle toxique du contenu intestinal lui-même ou de la résorption de sucs digestifs au niveau d'une muqueuse altérée. Dans le premier cas, l'iléostomie est sans objet, car ce contenu intestinal que tous ne

s'accordent pas à juger toxique n'est précisément pas résorbé par l'intestin distendu. Il en va de même dans la deuxième hypothèse, puisque le point de départ de l'auto-intoxication y serait dans l'altération de la muqueuse ; l'iléostomie n'aurait donc ici qu'un rôle indirect et lointain.

La théorie toxique est d'ailleurs actuellement combattue par de nombreux auteurs et l'expérience d'un nombre aujourd'hui suffisant d'entéro-anastomoses démontre que les craintes d'une intoxication massive post-opératoire par absorption au niveau de l'intestin sain en aval de l'obstacle ne sont pas justifiées.

Il est d'ailleurs facile d'assurer, à titre complémentaire, la vidange de l'intestin par l'aspiration duodénale. C'est dire que nous ne considérons pas, dans l'ensemble, la dérivation externe des sucs intestinaux que procure l'iléostomie comme un avantage essentiel.

Quant à l'iléostomie complémentaire, son rôle de dérivation, de lutte contre la distension, peut être rempli par l'aspiration duodénale pré et post-opératoire maintenant presque systématiquement appliquée aux interventions pour occlusion ; par ailleurs, il faut noter que, accompagnée d'une exploration valable de l'abdomen, elle n'expose pas aux mêmes aléas que l'iléostomie *a minima*, mais garde la gravité opératoire que comporte l'exploration elle-même.

CONSIDÉRATIONS SUR LA TECHNIQUE DE L'ILÉOSTOMIE.

1) *Anesthésie.*

La discussion semble facile à trancher en faveur de l'anesthésie locale, qui est la seule logique si l'on veut insister sur le caractère simple et bénin de l'intervention ; c'est elle que préconisent, parini les principaux défenseurs de l'iléostomie, GOSSET, CUNÉO, HUEBNER.

2) *Voie d'abord.*

Elle est très discutée et il est, en fait, assez difficile d'en raisonner dans l'abstrait, puisqu'elle peut dépendre de bien

des facteurs, et notamment de la voie d'abord utilisée pour l'intervention primitive.

L'abord par la même voie que l'intervention primitive paraît comporter, en principe, bien des difficultés, et notamment l'inconvénient de traverser un foyer souvent septique ; cette conduite, simplifiée au maximum, a cependant donné lieu à quelques beaux succès tels, notamment, deux cas de CABANAC.

Un assez grand nombre d'auteurs, partisans de l'iléostomie, préconisent la voie médiane : ROUX-BERGER, MATHIEU, HUET ; cette conduite permet une exploration de l'abdomen ; elle permet donc de se faire une idée de la cause précise de l'occlusion ; c'est, à notre avis, la voie de choix pour le traitement de l'occlusion post-opératoire en général. Mais elle ne répond pas exactement à l'esprit de l'iléostomie *a minima* dont le mérite singulier est, nous l'avons vu, le caractère simple, rapide, sans aucun brassage intestinal. MOULONGUET, GOSSET, CUNÉO, partisans convaincus de l'iléostomie, préconisent, pour la réaliser, la voie *iliaque gauche* ; dans les indications d'ailleurs rares que l'on peut conserver à l'iléostomie, c'est, croyons-nous, la voie de choix.

3) Niveau de la fistulation.

L'opération de choix est l'iléostomie, qui doit être évidemment pratiquée en amont de l'obstacle.

En principe, il faut éviter de fistuliser une anse de siège trop élevé en raison des phénomènes de dénutrition qui pourraient en résulter. Il vaut mieux, d'autre part, éviter de fistuliser *trop bas*. La partie distale de l'iléon est celle qui se laisse le plus vite forcer. Une iléostomie trop proche du cæcum aura plus de chances de se montrer inefficace qu'une iléostomie établie plus haut. Ce sont des notions sur lesquelles R. BERNARD a beaucoup insisté. A ce point de vue, l'*incision iliaque gauche* apparaît spécialement opportune, parce qu'elle fistulise une anse du troisième quart, physiologiquement le plus favorable pour le bon fonctionnement de la dérivation.

On a proposé, dans certains cas d'iléus paralytique, la *jéju-*

nostomie ; nous croyons cette pratique très dangereuse par le risque de fistule intestinale *haute* qu'elle comporte.

Quant à la *cœcostomie* ou à l'*appendicostomie* recommandée par certains, impressionnés peut-être par les cas de fistule cœcale spontanée dite « providentielle » dans certaines suites d'appendicite avec occlusion, elles ont donné quelques résultats satisfaisants, mais, dans la majorité des cas, se sont montrées inefficaces, ce qui s'explique tout simplement par le fait que l'obstacle siège en règle au-dessus et que, même dans les occlusions paralytiques, le cæcum ne participe souvent pas au processus de distension et est en tout cas impuissant à assurer la vidange du grêle distendu.

4) *Procédés opératoires.*

Extrêmement nombreux, ils peuvent se ramener à deux :

— Procédé de NELATON, le premier décrit, dérivation directe latérale d'une anse simplement fixée à la paroi par quelques points séro-séreux. LARDENNOIS a adopté ce procédé. La technique d'ARROU, qui propose une simple ouverture au thermocautère, peut en être rapprochée, ainsi que celle de DELORE qui est l'application, à l'iléostomie, du procédé décrit par FONTAN pour la gastrostomie.

— Procédé de WITZEL ; fistulisation à distance avec création entre le point de pénétration de la sonde dans la lumière intestinale et le point d'émergence à la paroi d'un tunnel séro-musculaire réalisé par l'adossement de la paroi intestinale autour de la sonde. Dans le procédé type, la zone d'enfouissement de la sonde est, en outre, accolée au plan péritonéal pariétal ; dans un autre procédé, décrit par PERGOLA, on enfouit la sonde à la Witzel, mais sans aucune fixation pariétale.

La technique de WITZEL est surtout recommandée dans le but de permettre la fermeture spontanée et rapide de la fistule. Elle nécessite, pour pouvoir être exécutée correctement, que l'intestin ne soit pas trop distendu et que la paroi en soit demeurée assez épaisse pour permettre le surjet d'en-

fouissement. Cette technique est contre-indiquée lorsque l'anse est enflammée et œdématisée, car les tissus en sont fragiles et se coupent sous le fil d'enfouissement. Nous avons déjà dit d'ailleurs que la raison de persistance de la fistule devait être recherchée, plutôt que dans le procédé technique employé, dans la persistance d'un obstacle au transit intestinal.

Signalons pour mémoire l'iléostomie *totale* avec section très en faveur en Allemagne ; on en conçoit facilement tous les dangers, auxquels ses auteurs proposent de pallier par la fermeture chirurgicale systématiquement entreprise dès le sixième-neuvième jour.

RÉSULTATS DE L'ILÉOSTOMIE.

La statistique importante la plus récente est celle de YOVANOVITCH, qui indique une mortalité globale de 30 % : 9 morts sur 30 iléostomies.

6 iléostomies pour occlusions immédiatement consécutives ont donné 4 morts : 66 %.

20 iléostomies pour occlusions précoces (retardées) ont donné 5 morts (25 %).

Le détail de ces cas comporte :

7	iléostomies <i>a minima</i>	: 7 guérisons,
10	—	après exploration : 6 guérisons,
3	—	complémentaires : 2 guérisons,
4	—	complémentaires pour occlusion tardive n'ont pas donné de mort.

Notre propre série comporte 10 iléostomies avec 4 morts, soit 40 %.

5 iléostomies *a minima* avec 2 morts mais aussi 2 qui furent inefficaces, ou, du moins, suivies de reprises des phénomènes occlusifs pour lesquels les deux malades durent subir ultérieurement une entéro-anastomose.

5 iléostomies complémentaires avec 2 morts (Obs. IX et XXX), dues manifestement toutes deux au caractère trop tardif de la réintervention.

L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

L'entéro-anastomose se propose d'établir un court-circuit entre les anses dilatées en amont de l'obstacle et les anses plates d'aval. Comme l'iléostomie, c'est un procédé indirect qui ne touche pas à l'obstacle mais permet, par la dérivation du contenu intestinal et le rétablissement du transit, de faire céder la distension de l'iléon, d'assurer la vidange de l'intestin et de rendre possible, par l'affaissement des anses, la cessation de l'occlusion lorsque l'obstacle est constitué par une agglomération d'anses où les phénomènes de distension de l'intestin se combinent avec des coudures. Du point de vue du rétablissement du transit, l'entéro-anastomose n'a donc, en somme, qu'une action tout à fait comparable à celle de l'iléostomie.

Au point de vue des indications, ou plutôt, des conditions de réalisation de l'entéro-anastomose, on peut distinguer trois types, ainsi que le fait LE CAIN dans sa thèse récente.

1° *L'entéro-anastomose de nécessité* après laparotomie exploratrice, qui a permis de reconnaître l'obstacle et alors qu'on ne peut ou ne veut lever celui-ci.

2° *L'entéro-anastomose de sécurité*, exécutée après levée d'obstacle ou libération d'adhérences, comme temps complémentaire quand on doute du rétablissement de la vitalité intestinale.

3° *L'entéro-anastomose a minima*, exécutée de propos délibéré, sur des segments intestinaux choisis *a priori* et par une incision suffisante pour l'exécution de l'anastomose, mais ne visant à aucune exploration.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE.

L'entéro-anastomose évite, à coup sûr, la menace d'une fistulisation permanente du grêle.

L'exclusion de l'entéro-anastomose peut être limitée au minimum nécessaire.

Mais on fait grief à la méthode de réaliser un nouvel état

anatomique permanent capable de déterminer ultérieurement des accidents, et parmi ceux-ci, en particulier, l'*occlusion* (KUMMER, DUPONT, BÉRARD) par incarceration ou par torsion, comme dans une observation de BÉRARD.

Il faut noter aussi la fréquence d'un météorisme post-opératoire important sur lequel ont insisté LE CAIN et PAPIN (dans le cas de ce dernier, l'anastomose dût être supprimée) et qui fut très net dans notre observation XXII.

L'iléostomie serait au contraire une opération essentiellement temporaire. En fait, l'iléostomie, comme l'entéro-anastomose, laissent persister une disposition anormale de l'intestin, puisque, la plupart du temps, l'anse fistulisée est fixée à la paroi abdominale.

On reproche aussi à l'entéro-anastomose de dériver vers une muqueuse grêle saine les liquides toxiques accumulés en amont de l'obstacle. Nous avons déjà dit que l'expérience des faits prouvait que cet inconvénient était plus théorique que réel. D'ailleurs, l'association avec l'entéro-anastomose de l'aspiration duodénale diminue, pour une part importante, l'afflux des liquides en rétention vers le segment distal de l'intestin.

TECHNIQUE.

Nous avons déjà vu les différentes conditions dans lesquelles on pouvait l'envisager ; on peut les ramener à deux : ou bien l'entéro-anastomose est élective au plus court de la zone à exclure ; cela suppose une exploration large de la cavité abdominale ; c'est le cas de l'entéro-anastomose « de nécessité ». Cette dérivation sera, soit une anastomose grêle-grêle, telle que l'a recommandée OKINCZYC dans son rapport sur le travail d'INGEBRIGSTEN, soit une anastomose iléo-colique, en tenant compte des opportunités locales les plus favorables.

Ou bien l'entéro-anastomose est réalisée de parti pris sans exploration de la cavité abdominale ; c'est l'entéro-anastomose *a minima*. Celle-ci ne saurait être qu'une anastomose iléo-colique entre le grêle dilaté et le côlon, donc sûrement en aval de l'obstacle, réalisée dans une région de la cavité abdo-

minale où l'on est assuré d'avance d'une proximité favorable du grêle distendu et du côlon.

LEVEUF et GODARD ont recommandé chez l'enfant, pour les occlusions inflammatoires après appendicectomie, l'iléo-sigmoïdostomie au bouton, pratiquée par une courte incision iliaque gauche.

BOMPART a récemment insisté dans un travail rapporté à l'Académie de Chirurgie par le Pr. J. QUÉNU, sur les avantages de l'iléo-transversostomie *a minima* pratiquée par une courte incision sus-ombilicale.

Le principe de la supériorité de l'anastomose grêle-grêle paraît évident, puisqu'elle réalise la dérivation la plus limitée, celle qui exclut le plus court segment de l'intestin utile. Mais cette méthode nécessite une exploration préalable de la cavité abdominale. Ce n'est pas une opération *a minima*. De ce point de vue, il convient de discuter seulement de la valeur relative de l'iléo-transversostomie et de l'iléo-sigmoïdostomie.

L'iléo-sigmoïdostomie a l'avantage de choisir une anse grêle de situation favorable, une anse du troisième quart, une de celles qui gardent longtemps leur pouvoir de contractilité et surtout une anse assez distale. En principe, l'iléo-sigmoïdostomie réalise une exclusion du grêle relativement limitée ; c'est une opération bien tolérée ; dans les cas de GODARD, de BROCO, les suites ont été favorables. On ne connaît qu'une observation de PAUCHET, où l'anastomose fut suivie de phénomènes de recto-colite ulcéreuse grave qui nécessita secondairement la suppression de l'anastomose, après quoi la guérison définitive fut d'ailleurs parfaitement obtenue. Il est probable que, dans ce cas particulier, l'anse grêle anastomosée s'était trouvée être une anse de siège assez élevé, dont les sucs irritants avaient altéré la muqueuse sigmoïdienne. Un argument technique contre l'iléo-sigmoïdostomie, c'est la difficulté, sous un grêle distendu, de découvrir et d'amener le sigmoïde.

L'iléo-transversostomie n'est pas passible d'un semblable reproche ; par une courte incision médiane sus-ombilicale, il est toujours très aisé de trouver côte à côte, s'offrant à l'anastomose, le grêle dilaté et le côlon transverse. Le danger sem-

blerait ici d'utiliser une anse grêle de siège trop élevé, et de pratiquer l'exclusion d'un trop large segment de jéjuno-iléon. En fait, les iléo-transversostomies qui ont été ainsi pratiquées au jugé, n'ont jamais donné lieu à de graves incidents. Les observations mentionnent seulement des phénomènes de diarrhée assez persistante, mais susceptible d'amélioration à la longue.

Du point de vue purement technique, il semble que, si pour des raisons de commodité (ténuité de l'étoffe) l'anastomose doit être de préférence chez l'enfant exécutée au bouton, il est tout à fait licite de la faire chez l'adulte à deux plans de suture.

L'anastomose réalisée donne toujours toute sécurité quant à son étanchéité ; elle est habituellement d'exécution aisée. Nous l'avons personnellement pratiquée deux fois dans des conditions de simplicité qui nous ont frappé.

C'est une opération rapide, que l'on peut très bien réaliser à l'anesthésie locale.

RÉSULTATS.

Il existe, dans la littérature, un assez grand nombre de courtes séries très encourageantes. TAYLOR, VAUGHAN, GODARD, BOMPART, avec respectivement 6, 4, 8 et 6 cas, n'ont eu aucun échec. FEY et CUBBINS, 14 anastomoses, 12 guérisons. RENON et LAFFITTE, 8 anastomoses, 6 guérisons. LE CAIN, dans sa thèse, relevait 48 cas avec 42 guérisons.

Nous avons retrouvé, dans la littérature, 91 cas d'entéro-anastomose pour occlusion post-opératoire avec 9 morts, soit une mortalité d'à peine 10 %. Certes, nous ne prétendons pas tirer des conclusions absolues de l'addition de faits aussi disparates, mais il nous paraît légitime de retenir de tels chiffres au bénéfice de la méthode.

Nous avons personnellement 3 cas d'entéro-anastomose avec 3 succès. L'un (Obs. I) est un beau cas d'iléo-iléostomie pour occlusion retardée après appendicectomie ; un autre

(Obs. XXII) concerne également une occlusion retardée après appendicectomie, mais on pratiqua une iléo-transversostomie après exploration ; enfin, dans notre observation XXIX, l'occlusion succédait à une colectomie pour mégacôlon, et l'on pratiqua une iléo-colostomie au niveau de l'ascendant après échec d'une iléostomie.

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

La discussion des indications thérapeutiques se pose d'une manière très différente selon que l'on a abouti à un diagnostic topographique ou étiologique précis, ou qu'on est au contraire en présence d'un syndrome d'occlusion de nature inconnue chez un opéré plus ou moins récent. La conduite à tenir est alors essentiellement variable suivant le temps écoulé depuis l'intervention primitive.

Reprenant le plan que nous avons suivi pour l'exposé des symptômes, nous verrons d'abord les indications thérapeutiques dans un certain nombre de cas particuliers, puis nous envisagerons la conduite à tenir devant une occlusion post-opératoire d'étiologie imprécise et suivant qu'elle est apparue comme immédiatement consécutive, retardée ou tardive.

I. - Les cas de diagnostic précis

A) - OCCLUSION DUODÉNALE AIGÜE

Lorsque ce syndrome est fermement reconnu, c'est au tubage gastrique continu qu'il faut d'abord recourir. Ce tubage devra être prolongé longtemps jusqu'à ce que la dystonie neuro-végétative, qui conditionne essentiellement le syndrome occlusif, ait disparu. Il faudra y adjoindre un traitement rechlorurant et rehydratant massif.

Le traitement de posture, autrefois tant vanté, semble devoir

céder le pas devant la méthode de l'aspiration moins pénible et d'effet plus constant.

L'infiltration splanchnique ne semble pas avoir eu jusqu'ici de résultat décisif dans la dilatation aiguë de l'estomac.

Quant à la chirurgie, elle ne comporte que des indications tout à fait exceptionnelles. Il faut condamner toute opération de dérivation : gastro- ou duodéno-jéjunostomie, qui s'avèrent inopérantes et ne se résoudent à l'évacuation chirurgicale par gastrotomie ou gastrostomie que lorsque le tubage apparaît absolument inefficace. Le pronostic est d'ailleurs, dans ce cas, d'une très haute gravité et la chirurgie est elle-même le plus souvent impuissante à sauver le malade.

B) - ILÉUS PARALYTIQUE

Si le diagnostic est, avec certitude, celui d'un iléus paralytique par péritonite, il semble bien que seule l'aspiration duodénale doive être mise en œuvre.

On avait recommandé jadis l'iléostomie dans le traitement de ces états, et certains sont demeurés fidèles à cette méthode. Il semble bien, en réalité, que l'iléostomie soit incapable de réaliser une vidange efficace et complète de l'intestin. Le pronostic est d'ailleurs dominé par la péritonite causale.

Si l'iléus paralytique est seulement réflexe, il sera indiqué, outre les injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique, les injections de péristaltine ou de prostigmine, de recourir à l'infiltration splanchnique bilatérale, ou même à la rachianesthésie.

C) - ILÉUS SPASMODIQUE

Il est d'un traitement plus difficile ; en effet, la perturbation fonctionnelle s'exerce à la fois, dans ce cas, sur les deux systèmes antagonistes qui commandent la motricité intestinale et ceci explique l'inefficacité fréquente du traitement

pharmaco-dynamique qui leur est opposé. En l'absence de moyens thérapeutiques électifs, il est indiqué de recourir ici aux injections d'atropine.

D) - VOLVULUS, INCARCÉRATIONS

Si le diagnostic en est fermement posé, exigent évidemment une réintervention immédiate.

II. - Les indications thérapeutiques au cours des syndromes généraux d'occlusion post-opératoire.

Nous avons vu que, bien souvent, le diagnostic de l'occlusion post-opératoire devait se borner à la constatation d'un syndrome occlusif dont aucun critère ne permet d'affirmer la nature étiologique précise ; il convient même de noter, par restriction à ce que nous avons dit plus haut, que les aspects les plus légitimes d'iléus paralytiques ou spasmodiques peuvent masquer des occlusions mécaniques et qu'il faut savoir réformer parfois son diagnostic et sa thérapeutique devant la persistance des accidents.

Le seul caractère qui permette de classer ces syndromes occlusifs reste alors le temps écoulé depuis l'intervention primitive ; c'est pourquoi nous étudierons successivement les indications thérapeutiques au cours des occlusions immédiatement consécutives, retardées et tardives.

A) - OCCLUSIONS IMMÉDIATEMENT CONSÉCUTIVES

On sait que ces occlusions peuvent se voir dans trois circonstances étiologiques principales : iléus spasmodique, iléus paralytique, iléus par incarceration, volvulus ou agglutination.

En présence d'un syndrome occlusif, succédant sans tran-

sition à l'acte opératoire, il convient d'abord de vérifier la région opératoire pour s'assurer qu'il n'y a pas à son niveau une raison d'occlusion : drainage inconsideré par tube de caoutchouc en mauvaise place ou par mèches trop tassées ; éventration précoce par lâchage des fils profonds. Si l'on ne trouve pas de raisons locales à cette occlusion, il faut penser à l'iléus réflexe spasmodique ou paralytique. En principe, ces iléus fonctionnels ne donnent pas lieu à un syndrome radiologique aussi éloquent que l'iléus mécanique. Nous avons déjà noté que dans ces cas l'élément de distension aérique l'emportait de beaucoup sur les signes de rétention liquidienne.

Il conviendra donc de mettre en œuvre d'abord le traitement médical et l'aspiration duodénale et de surveiller le malade avec un soin très vigilant. Cette surveillance doit être à la fois clinique et radiologique.

Etant donné qu'un grand nombre d'occlusions immédiatement consécutives ont une cause mécanique, si un signe d'alarme apparaît ou persiste, si l'aspiration duodénale et la thérapeutique médicale n'amènent pas la cessation rapide des accidents occlusifs et *si le cours des gaz ne se rétablit pas*, il faut réintervenir.

Nous avons observé personnellement trois cas d'occlusions immédiatement consécutives ; deux se sont terminées par la mort parce que la réintervention fut trop tardive.

Le cas qui guérit était un iléus spasmodique (Obs. VII) ; nous réintervînmes parce qu'il existait des ondulations péristaltiques évidentes. Les deux autres malades moururent parce que l'on s'obstina trop longtemps au traitement médical et aspiratif. Chez l'une, un paquet d'anses grêles collait dans le pelvis, à la moitié droite de la zone de péritonisation qui avait lâché (Obs. IX) ; chez l'autre, une anse grêle était incarcérée dans la ligne de suture pariétale et sphacélée (Obs. V).

Les signes d'alarme qui doivent inciter à réintervenir sont :

- l'existence de niveaux hydro-aériques,
- à un moindre degré, l'existence d'ondulations péristaltiques,

— et surtout l'absence de rétablissement du cours des gaz, malgré le traitement médical et l'aspiration duodénale pendant douze heures.

B) - OCCLUSIONS RETARDÉES.

Nous avons déjà dit qu'elles pouvaient se voir dans deux circonstances différentes ; soit survenant brusquement après des suites parfaitement normales ; soit, au contraire, se constituant plus ou moins progressivement, après un intervalle libre, certes, mais des suites déjà troublées constituant l'aspect de l'occlusion inflammatoire.

Dans le premier cas, il s'agit toujours d'occlusions mécaniques par brides, volvulus, incarcération, adhérences, etc... ; elles exigent toujours la réintervention immédiate. Il pourra être opportun de vérifier d'abord la région opératoire où se trouve parfois la raison de l'occlusion. C'est ainsi que, dans notre observation XXII, au cours d'une occlusion survenue au huitième jour d'une appendicectomie à froid de suites rigoureusement simples et normales, une incision iliaque droite permit de reconnaître le processus de péritonite adhésive, qui fut ensuite traité par iléo-transversostomie au bouton, pratiquée par voie médiane.

Si la vérification de la région opératoire ne révèle pas avec précision la cause de l'occlusion, elle peut dans quelques cas donner un renseignement indirect en faveur de sa nature ; ainsi, la présence de liquide séro-hématique fera penser à un volvulus ou à une incarcération. La réintervention par voie médiane est dans ce cas généralement indiquée.

Lorsqu'il s'agit d'une occlusion de type inflammatoire, c'est-à-dire une occlusion fébrile ou subfébrile installée de façon insidieuse, progressive et quelquefois par poussées successives de suspension du transit intestinal et de rémission, le problème de l'indication thérapeutique se pose de façon très différente.

Il importe d'abord de vérifier la région opératoire. Le maintien trop prolongé d'un long drain allant jusqu'au Douglas

peut être, à lui seul, un facteur d'occlusion. De même la trop longue persistance d'un drainage par grosse mèche. Il peut s'agir encore d'une paroi mal refermée et de la formation d'un abcès pariétal ou profond, mais local, dont l'évacuation suffira à amener la cessation des accidents.

Quand l'exploration de la région opératoire ne montre pas la raison de l'occlusion, il faut rechercher encore un abcès profond, développé à distance du lieu même de l'intervention. Le type de ces suppurations est fourni par l'abcès résiduel du Douglas. Le traitement de ces occlusions se confond, comme y ont si fort insisté le Pr. MONDOR et HUET, avec le traitement de l'abcès. Une observation récente du Pr. MOIROUD (*Soc. Chir.*, Marseille, 1943) montre bien, une fois encore, le danger que comporte la méconnaissance de ces suppurations à l'origine d'une occlusion. Un homme de cinquante-neuf ans fait un abcès pelvien péri-vésical à la suite d'une urétrotomie interne. L'occlusion qui en résulte, et dont la raison anatomique a échappé, est traitée par une iléostomie. Celle-ci est inefficace. On fait, *in extremis*, une anastomose iléo-transverse et le malade succombe. « Un drainage précoce du foyer pelvien, comportant certes des difficultés ou des dangers, eût sans doute donné des chances de guérison à ce malade, dit MOIROUD, et non pas une iléostomie facile, d'allure inoffensive, mais pleine d'une redoutable incertitude. »

Lorsque l'on peut écarter, à l'origine de l'occlusion, une erreur de technique dans le drainage, ou un accident du drainage, ou l'existence d'une collection suppurée profonde, il faut alors penser que la raison de l'occlusion réside probablement dans l'existence d'une agglutination des anses intestinales entre elles et avec la paroi au niveau du foyer inflammatoire. Ces états peuvent d'ailleurs se combiner avec l'existence de brides d'apparition rapide qui sont alors, d'ordinaire vélamenteuses, lâches et peu serrées, ne menaçant guère la vitalité du segment d'intestin qu'elles compriment, mais ajoutant par leur présence et par leur multiplicité à la gêne du transit.

On peut envisager, pour traiter ces états, différentes méthodes thérapeutiques.

Le traitement médical suffit, dans quelques cas légers, à rétablir le transit. On lui associe toujours aujourd'hui l'aspiration duodénale continue qui trouve dans ces occlusions inflammatoires post-opératoires retardées, une de ses indications les plus électives. Certes, dans les cas que nous envisageons ici, le temps presse moins que dans les occlusions mécaniques, où l'intestin est menacé dans sa vitalité. Il importe néanmoins, si l'aspiration duodénale n'amène pas une sédation décisive des accidents, de savoir envisager assez vite une réintervention.

Nous ne reviendrons pas sur la technique même de l'aspiration duodénale. Quand celle-ci a été correctement appliquée, jointe au sérum salé hypertonique et au traitement tonique général, si malgré le mieux-être de l'opéré et le déballonnement abdominal, le cours des gaz ne se rétabit pas, si des niveaux hydro-aériques persistent, l'aspiration est insuffisante et il faut réintervenir. BROCCQ et EUDEL ont eux-mêmes fixé à douze heures le délai au delà duquel la réintervention doit être décidée si les gaz ne sont pas revenus par l'anus.

Il y a trois façons d'envisager cette réintervention :

— Réintervention directe au niveau du foyer opératoire lui-même et libération de toutes les adhérences ;

— Iléostomie ;

— Entéro-anastomose.

La réintervention directe au niveau du foyer opératoire a permis dans quelques cas de libérer des adhérences véla-menteuses lâches, unissant les anses entre elles ou les soudant à la paroi, et a suffi parfois à rétablir le cours du transit intestinal et à guérir le malade. Ce mode thérapeutique semble avoir d'assez chauds partisans à Lyon, où DESJACQUES, s'inspirant de l'enseignement de TAVERNIER, a rapporté tout récemment deux observations montrant l'intérêt de cette méthode. En fait, cette réintervention directe au niveau du foyer opératoire peut présenter des difficultés et des risques ; elle est souvent **choquante** ; **elle fait saigner** et laisse persister des surfaces dépéritonisées qui sont l'amorce de nouvelles

coalescences. Elle éraille et souvent déchire la tunique musculaire de l'intestin ; elle peut provoquer même l'ouverture d'une anse d'où résultera une fistule plus ou moins longue à se tarir. Enfin, les manipulations d'un foyer inflammatoire atténué, mais non encore éteint, l'ouverture de poches purulentes résiduelles et l'effraction de leur contenu vers la grande cavité péritonéale, peuvent être à l'origine d'une diffusion de l'infection (MATHIEU). Ces différentes considérations nous font rejeter, avec la plupart des auteurs, le principe de la réintervention directe dans les cas d'occlusion typiquement inflammatoire, et d'autant plus que les accidents occlusifs retardés sont de survenue plus rapide.

Reste donc à discuter l'*iléostomie* et l'*entéro-anastomose*. Nous avons déjà dit que l'iléostomie est une opération simple, rapide, bénigne et souvent efficace. Mais nous avons dit aussi les dangers possibles de cette méthode. Ceux-ci nous font préférer en principe l'entéro-anastomose. Chaque fois que l'état général du malade semblera autoriser une intervention de ce mode, c'est à elle qu'il conviendra de recourir.

En principe, il vaut mieux faire une dérivation *grêle-grêle*. Sur un malade déjà amélioré par un temps d'aspiration duodénale continue et sur un abdomen déballonné, cette intervention est tout à fait justifiée. On la pratiquera par laparotomie médiane qui permettra, en outre, une exploration de la cavité abdominale.

Si cette exploration semble impossible ou dangereuse, et si l'on n'obtient pas un déballonnement appréciable, il faudra choisir entre l'*iléo-sigmoïdostomie* et l'*iléo-transversostomie*. L'expérience prouvant que l'iléo-transversostomie est une opération sûre dans ses effets et facile dans son exécution, nous croyons, dans l'état actuel de la question, que c'est elle qu'il faut recommander.

L'*iléostomie* sera réservée en principe aux plus mauvais cas : ceux où l'état général du malade est tellement précaire que c'est l'intervention la plus minime qu'il faut se résoudre à tenter. Pratiquée dans ces conditions, et associée à l'aspiration duodénale continue, l'iléostomie est encore capable de quelques sauvetages inespérés. De même, elle reste la seule

opération possible lorsqu'existe une symphyse adhérentielle totale de la cavité péritonéale qui ne cède pas à la simple aspiration. Ce sont encore de fort mauvais cas où le malade succombera souvent malgré l'iléostomie, mais où celle-ci peut demeurer dans les cas heureux la seule chance de salut. Les meilleures indications actuelles de l'iléostomie sont encore celles où la fistulisation du grêle est réalisée à titre complémentaire, lorsqu'après la levée de l'obstacle l'intestin revient mal sous le sérum, demeure flasque et distendu, et lorsque l'état général du malade contre-indique la résection. Pratiquée dans ces conditions, l'iléostomie peut être d'un appoint utile en permettant la vidange d'un segment déclive de l'intestin, où l'effet de l'aspiration duodénale n'agit plus.

C) - OCCLUSIONS TARDIVES

Si l'on excepte quelques faits exceptionnels d'iléus réflexes post-opératoires tardifs tels que celui rapporté par LERICHE, on peut poser en fait que les occlusions tardives sont :

— Soit des occlusions mécaniques compromettant la vitalité intestinale, brides, volvulus, incarceration ;

— Soit des occlusions par adhérences et symphyse plus ou moins diffuses.

Dans cette dernière circonstance, la crise occlusive a généralement été précédée de longue date par des phénomènes de sub-occlusion chronique ou épisodique qui permettent de penser à la vraie étiologie. Il est légitime alors de recourir à l'aspiration duodénale continue ; celle-ci peut suffire à faire céder les accidents, ainsi que nous en avons observé un exemple récent. Si cette sédation n'est pas très vite obtenue ou qu'elle demeure incomplète, il faut réintervenir sans tarder.

La réintervention immédiate s'impose dans tous les autres cas, puisque l'on sait que la raison habituelle des occlusions tardives est un phénomène mécanique qui menace directement la vitalité de la paroi intestinale. Selon que cette intervention aura été plus ou moins prompte, on pourra, suivant les cas, se borner à libérer l'obstacle : désincarcération,

détorsion. On aura toujours soin de péritoniser soigneusement les surfaces cruentées, d'enfouir les zones d'implantation des brides, d'obturer les brèches anormales.

Dans d'autres cas, il faudra traiter l'intestin :

— Si la paroi est gravement altérée et le sphacèle menaçant, il faut pratiquer une résection qui devra tenir compte de l'état du méso et être assez large pour éviter les thromboses secondaires à son niveau.

— Si l'intestin est simplement inerte, distendu et flasque, une iléostomie complémentaire peut être utile.

Dans tous les cas, le malade devra être soumis dans les jours qui suivent l'intervention à l'aspiration duodénale continue qui réalise la vidange de l'intestin, diminue sa tension et combat le choc dans une large mesure.

SOINS POST-OPERATOIRES

Quel que soit le type d'occlusion considéré et quel que soit le mode d'intervention pratiquée, le traitement chirurgical se doublera toujours nécessairement d'un traitement médical très poussé et du complément indispensable de l'aspiration duodénale.

Les injections de sérum salé hypertonique intra-veineux constituent la base du traitement médical. Les toniques généraux, le sérum physiologique qui assure la rehydratation du malade, devront y être largement associés.

L'aspiration duodénale sera prolongée aussi longtemps que l'état général de l'opéré paraîtra l'exiger.

Si l'on a pratiqué une iléostomie, on pourra profiter de celle-ci pour essayer de ranimer la péristaltique intestinale par des injections de sérum salé au niveau de l'anse fistulisée.

RESULTATS — STATISTIQUES

Nous ne prétendons certes pas tirer argument absolu des chiffres fournis par nos trente-six observations ; la variété des cas qui s'y rencontrent est trop grande et le nombre

de cas comparables, ainsi trop réduit ; beaucoup plus importante à nos yeux est l'analyse minutieuse de chaque cas dont nous avons déjà donné des aperçus chemin faisant et dont on trouvera le détail aux observations.

Néanmoins, la connaissance de ces chiffres à l'état pur peut présenter un intérêt :

Sur 36 observations, nous comptons 13 morts, soit 36 %.

Au point de vue de l'*intervention causale*,

13 de nos occlusions succèdent à une intervention gynécologique (5 morts) ;

10 à une appendicectomie (3 morts) ;

5 à des interventions sur le côlon ou le rectum (2 morts) ;

2 à des plaies de l'abdomen ;

2 à des interventions pour hernie :

1 hernie inguinale,

1 hernie ombilicale étranglée (1 mort).

1 à splénectomie (1 mort),

1 à laparotomie pour péritonite tuberculeuse,

1 à une intervention sur le rein (1 mort).

Au point de vue *mécanisme*, nous avons observé :

1 iléus fonctionnel, 2 incarcérations (2 morts), 2 occlusions par adhérences localisée profondes (1 mort), 2 par adhérence pariétale (2 morts), 8 par adhérences subaiguës diffuses ou agglutination (2 morts), 3 par adhérences diffuses chroniques, 13 par brides (3 morts) et 5 par volvulus (3 morts).

Au point de vue *chronologique* :

4 occlusions immédiatement consécutives (2 morts),

12 occlusions retardées (6 morts),

20 occlusions tardives (5 morts).

Au point de vue *traitement*, il convient de noter que quelques malades ont subi deux modes de traitement ; globalement, nous avons enregistré :

26 opérations directes avec 10 morts,

5 iléostomies *a minima* (2 morts),

5 iléostomies complémentaires (2 morts),

3 entéro-anastomoses (0 mort),

1 non réopéré (1 mort).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Occlusion retardée au 10^e jour après appendicectomie avec drainage ; iléo-iléostomie sans exploration. Guérison.*

Du... Andrée, 16 ans, entre, le 1^{er} décembre 1942, à 18 heures, à l'hôpital Bichat, pour appendicite aiguë.

Début le 29 novembre, à 3 heures du matin, par douleur dans la F.I.Dr., sans vomissements. Nouvelles crises douloureuses dans toute la journée du vendredi, puis du samedi.

A l'examen, 48 heures après le début ; douleur très vive dans la F.I.D., contracture de toute la moitié droite de l'abdomen, 39°, pouls 110, rien au T.R.

Intervention immédiate (D^r MIALARET). Sphacèle appendiculaire total avec péritonite purulente restant localisée à la F.I.D. Appendicectomie au thermo. Un drain sous-cæcal (pas de liquide dans le Douglas. Paroi entièrement ouverte.

Suites opératoires : Normales jusqu'au 5^e jour ; chute thermique ; gaz au bout de 48 heures.

Le 5^e jour, ablation du drain.

Le 6^e jour, apparition de vomissements ; les gaz passent toujours.

Le 7^e jour : 38°, leucocytose 8.400, pas d'abcès au Douglas.

Le 10^e jour : radio sans préparation : niveaux liquides ; mise en place de l'aspiration continue.

Le 11^e jour : le cours des gaz ne s'étant pas rétabli, le Pr. SÉNÈQUE conseille la réintervention qui est pratiquée immédiatement (LENOEL). Médiante sous-ombilicale.

Il se présente immédiatement une anse distendue et une anse plate ; pas de bride visible ; pas d'autre exploration.

Iléo-iléostomie latéro-latérale. Paroi catgut chromé.

Suites opératoires : des plus simples. Gaz le lendemain.

Sort guérie le 27 décembre.

OBSERVATION II. — *Occlusion secondaire par adhérences épiploïques ; libération et iléostomie ; longue persistance de la fistule ; guérison.*

DEL... Marcel, 20 ans, est amené à l'hôpital Bichat le 3 octobre 1942, vers minuit, pour plaie abdominale par coup de couteau ; il existe une plaie pénétrante de l'abdomen au niveau du flanc droit avec issue d'épiploon.

Intervention immédiate : médiane sus-ombilicale ; il existe une plaie péritonéale et une petite plaie de la face inférieure du lobe droit du foie qui ne saigne pas. Suture par un point en X du péritoine pariétal.

Le fragment d'épiploon est rentré d'emblée dans l'abdomen et réintégré ; paroi 2 plans au lin perdu sans drainage.

Excision et suture de la plaie du flanc droit.

Excision et suture d'une plaie thoracique postérieure gauche (non pénétrante).

Suites opératoires : La température se maintient à 38° et au-dessus pendant 5 jours. On institue une sulfamidothérapie *per os* qui fait baisser celle-ci.

Gaz à la 48^e heure. Selle le 4^e jour.

Le 10^e jour : ablation des fils ; état satisfaisant.

Le 14^e jour : quelques douleurs abdominales, arrêt des matières et des gaz, ballonnement sous-ombilical.

On installe une aspiration duodénale, mais le malade l'arrache au bout de 10 minutes.

Le 15^e jour, nouvelle aspiration tolérée quelques heures ; moins de douleurs, mais le ballonnement persiste quoiqu'ayant diminué.

Le 17^e jour : ballonnement, vomissements, quelques ondulations péristaltiques, pas de gaz.

On décide d'intervenir le 20 octobre (D^r HUARD).

Médiane sus et sous-ombilicale ; nombreuses adhérences épiploïques ; adhérences tellement intimes qu'en plusieurs points la libération arrache la musculature qu'on doit réparer ; en un point, un bouchon épiploïque crée une bride et une torsion au delà desquels est aplati le grêle. Section de la bride ; libération. Iléostomie à la Witzel sur portion dilatée.

Dès le lendemain, le malade se sent soulagé ; température à 36°8 ; cependant, la sonde donne peu et il n'y a pas d'émission de gaz par l'anus. On pratique des injections de sérum salé hypertonique I.V. et par la sonde qui amènent une vidange et une grosse amélioration.

Finalement, au bout de 48 heures, l'émission de gaz par l'anus est obtenue ; mais le 4^e jour après l'iléostomie, le malade arrache

sa sonde ; il s'établit une fistule stercorale qui persiste encore le 9 décembre, date à laquelle le malade sort sur sa demande.

Réadmis l'après-midi du même jour : vomissements, douleurs, ballonnement.

Ces symptômes cèdent au Wangenstein et le malade sort définitivement guéri et sa fistule fermée le 23 décembre.

OBSERVATION III. — Occlusion tardive 30 ans après hystérectomie et récédive 2 mois après ; libération. Guérison.

L. Marie, 57 ans, a été opérée en 1914 et a subi une hystérectomie.

En juin 1942, elle est hospitalisée en médecine à Bichat (service du Dr FAROY), pour douleurs abdominales, para-ombilicales, fugaces, sans irradiation

A l'examen on perçoit sous l'ombilic une tumeur arrondie, bien limitée, dépressible. La malade est passée en chirurgie et opérée le 6 juillet par le Pr. PETIT-DUTAILLIS, qui trouve une coudure de l'iléon et pratique une fixation de celui-ci.

Vue le 26 août dans l'après-midi : depuis le matin : douleurs abdominales, pas de gaz, météorisme, vomissements.

Intervention d'urgence : Médecine sus- et sous-ombilicale. La dernière anse iléale est coudée en U et étranglée par une bride qui va vers le cæcum. Section de la bride ; l'intestin revient bien.

Paroi, crins perdus.

Suites opératoires : gaz 48 heures après, selles le 4^e jour.

La malade repasse en médecine le 10^e jour en bon état.

OBSERVATION IV. — Occlusion tardive par bride 3 mois après hystérectomie subtotale pour fibrome ; libération. Guérison.

C... Germaine, 46 ans, entre d'urgence à l'hôpital de Vaugirard dans la soirée du 15 janvier 1943.

Occlusion intestinale, début des phénomènes douloureux à 18 heures ; douleur brutale, paroxystique ; vomissements ; abdomen plat, mais on perçoit dans la partie inférieure droite du ventre une masse de résistance correspondant probablement à l'anse infarciée ; au-dessus, tympanisme assez net. Opérée il y a 3 mois : hystérectomie subtotale (fibrome) et appendicectomie.

Médiane sous-ombilicale : l'épiploon colle à la paroi ; on le libère.

Etranglement interne sous une bride extrêmement serrée. Section de la bride ; l'intestin revient bien ; nombreuses autres adhérences que l'on libère.

Suites simples ; sort le 30 janvier.

OBSERVATION V. — *Occlusion immédiatement consécutive par incarceration pariétale après hystérectomie subtotale ; retard à l'intervention ; sphacèle intestinal ; résection ; décès.*

R... Augustine, 36 ans, est opérée le 1^{er} mars 1943 à l'hôpital de Vaugirard :

Médiane sous-ombilicale ; hystérectomie subtotale pour utérus fibromateux avec conservation des annexes gauches qu'on amène en fin d'intervention sur la tranche cervicale. Péritonisation habituelle par un surjet de catgut ; pas de drainage. Fermeture de la paroi ; deux points totaux au catgut chromé n° 2 à la partie supérieure de l'incision. Surjet péritonéal au catgut. Catgut chromé 2 sur aponévrose. Agrafes et crins cutanés.

Suites opératoires : température ne dépassant pas 38°5, qui descend à 37°3 au 4^e jour, mais en même temps apparition de :

— Nausées, puis vomissements ; météorisme abdominal léger sans péristaltisme ; pas de matières ni de gaz, exception faite de quelques émissions glaireuses après lavement.

La température remonte aux environs de 38°.

On institue : sérum hypertonique et physiologique, atropine, puis prostigmine, aspiration duodénale.

La situation est stationnaire ; le transit semble se rétablir ; la malade dit avoir émis des gaz ; l'état général reste bon et cet ensemble semble autoriser l'expectative. Mais, le 19 mars, brusque aggravation (vomissements fécaloïdes).

Le 20 mars 1943, *réintervention* (D^r HUARD) : incision sur la cicatrice médiane, découverte d'une collection hémopurulente sous-aponévrotique dont le fond est constitué par une anse grêle sphacélée, étranglée et adhérente. Libération. Au cause du sphacèle de l'anse, on fait une résection de quelques centimètres avec anastomose latéro-latérale. Paroi en un plan.

Décès dans la nuit.

OBSERVATION VI. — *Occlusion tardive six semaines après une appendicectomie ; occlusion par bride ; section de la bride. Guérison.*

P... Julie, 19 ans, entre à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard le 10 mars 1943 pour un syndrome abdominal aigu qui a débuté dans la nuit.

Elle présente des douleurs à type de coliques diffuses, très violentes, avec état d'agitation intense. Vomissements verts, incessants.

A l'examen, météorisme discret, mais abdomen très douloureux dans son ensemble. Température 37°, pouls 110.

On apprend qu'elle a été opérée de l'appendicite à Broussais, d'urgence le 18 janvier dernier.

L'intervention est pratiquée immédiatement, sous anesthésie générale à l'éther. Médiane sous-ombilicale ; présence de liquide hémorragique dans l'abdomen ; il s'agit d'une occlusion par bride ; bride allant du sigmoïde à une anse grêle et sous laquelle est étranglée une autre anse grêle. Section des brides, péritonisation des surfaces cruentées. Paroi 2 plans.

Suites opératoires très simples ; la malade quitte l'hôpital guérie le 15^e jour.

OBSERVATION VII. — *Occlusion immédiatement consécutive après cure radicale de hernie inguinale ; réintervention au troisième jour. Occlusion purement dynamique. Guérison.*

Qu... Aline, 31 ans, entre à l'hôpital de Vaugirard le 29 mars 1943 pour hernie inguinale droite dont elle a constaté l'existence depuis 3 mois ; aucun trouble ; examens pré-opératoires normaux.

Intervention le 2 avril : cure radicale par le procédé de Bassini aux crins.

Dès le lendemain 3 avril, l'abdomen est ballonné et la malade présente 2 vomissements. Ni selle, ni gaz.

Le 4, météorisme accentué avec *péristaltisme*, vomissements, crises douloureuses paroxystiques.

A la *radio* sans préparation : *aéro-iléie*.

Néanmoins, craignant une incarcération, la *réintervention immédiate* est décidée sous rachianesthésie.

Médiane sous-ombilicale. Dilatation globale mais modérée du grêle, rien au niveau de la région opératoire. Salpingite kystique droite avec adhérences vélamenteuses du Douglas que l'on libère ; résection de l'épiploon fenêtré.

Il existe une importante *aérocolie* qui cède à la rachi.

Paroi aux crins sans drainage.

Suites opératoires : on met alors en œuvre un traitement médical énergique : sérum hypertonique I.V., deux injections par jour de 20 cc. à 20 %. Prostigmine.

Le 5 avril, les crises douloureuses ont disparu, pas de vomissements.

Le 6, encore quelques douleurs et un vomissement.

Le 7, émission de gaz, pas de douleur, pas de vomissement.

Le 8, selle normale.

Sort guérie le 19 avril 1943.

OBSERVATION VIII. — Occlusion par bride et coudure d'anse 31 ans après une hystérectomie ; laparotomie ; libération. Guérison.

J... Andrée, 73 ans, entre à l'hôpital de Vaugirard le 3 juillet 1943 pour crise douloureuse abdominale datant de 48 heures, avec arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures.

A l'examen à l'entrée, la malade nous apprend que sa douleur a débuté brutalement l'avant-veille après son dîner ; elle siégeait dans la région péri-ombilicale, avait un caractère de torsion pénible et s'exacerbait par paroxysmes. Il n'y a pas eu de vomissement.

Le repos au lit n'a pas modifié la douleur qui n'a fait que s'exacerber ; aucune émission de selles ni de gaz depuis 24 heures.

L'examen de l'abdomen ne montre pas de ballonnement notable, pas d'ondulations péristaltiques.

Il existe une cicatrice de laparotomie médiane qui correspond :

— à l'ablation d'un kyste de l'ovaire subie à l'âge de 23 ans,

— à une hystérectomie pratiquée à l'âge de 42 ans pour métrorragies avec écoulements leucorrhéiques abondants.

Comme autre antécédent, on note une hémiplégie à l'âge de 56 ans, ayant presque complètement régressé.

L'examen complet est négatif. T.A. : 15-6,5.

Examen radiologique : sans préparation : nombreux niveaux liquides, aéro-iléie ; lavement baryté : cadre colique bien injecté. Mais cæcum très haut situé.

Intervention : Anesthésie générale à l'éther. Médiane sous-ombilicale, repassant par l'ancienne cicatrice ; on libère de nombreuses adhérences épiploïques.

Un point de l'iléon, à environ 50 cm. de l'angle iléo-cæcal, est attiré dans la F.I.D. et fixé par une bride probablement au niveau de l'ancienne péritonisation. Ainsi est réalisée une coudure en canon de fusil ; la partie terminale de l'iléon, attirée par ce point fixe, a amorcé une légère torsion sur son axe. Libération, vérification du sigmoïde, péritonisation des surfaces cruentées, paroi 3 plans sans drainage.

Suites opératoires : simples ; on administre sérum hypertonique ; gaz le 3^e jour ; selle le 5^e jour.

La malade sort le 1^{er} août, après avoir présenté une très légère complication pulmonaire.

OBSERVATION IX. — Occlusion immédiatement consécutive après hystérectomie subtotale pour fibrome. Laparotomie au septième jour avec iléostomie. Mort. Lâchage partiel de péritonisation.

B... Jeanne, 52 ans, est entrée à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard le 19 mai 1943, pour « petit fibrome hémor-

ragique ». Depuis 3 ans, ménorragies abondantes durant 3 semaines par mois environ, accompagnées de pertes blanches.

Au T.V., on sent une masse adhérente à l'utérus, de la grosseur d'un poing, perçue dans le cul-de-sac gauche.

L'examen général ne montre rien de spécial ; azotémie : 0,40 ; glycémie : 1 gr. 15 ; T.A. : 13-9. Numération globulaire : 4.000.000 de globules rouges, 5.600 globules blancs.

Intervention le 26 mai 1943, sous anesthésie générale au Schleich. Hystérectomie subtotala ; péritonisation. Drain dans le Douglas. Paroi en 3 plans, catgut chromé.

Suites opératoires : Dès le 2^e jour, on note un écoulement séreux abondant par le drain.

La malade se plaint du ventre, est légèrement ballonnée, ne rend pas de gaz.

Le 3^e jour, même état ; l'écoulement, toujours abondant par le drain, en fait différer l'ablation.

Le 4^e jour, les accidents occlusifs se précisent : météorisme augmenté, pas de gaz, quelques vomissements bilieux, température 37°8 pouls 80.

Les accidents sont mis sur le compte du drain que l'on enlève ; en outre, le traitement médical est continué : atropine, sérum hypertonique I.V.

L'aspiration duodénale, mise en place, n'est pas supportée par la malade ; la sonde est expulsée au cours d'efforts de vomissements.

Malgré cela, on temporise encore et la malade n'est réopérée que le 7^e jour (2 juin 1943).

Réintervention, 2 juin 1943. Anesthésie au Schleich.

Effondrement de la cicatrice opératoire. Rien d'anormal au niveau de la paroi. On tombe immédiatement sur des anses grêles extrêmement distendues, mais qui n'ont que peu tendance à s'extérioriser spontanément. La main, plongée dans le pelvis, a l'impression que quelques anses tiennent profondément à la zone de péritonisation ; pourtant, les anses se laissent facilement libérer et attirées hors du ventre ne se montrent nulle part dépéritonisées. On trouve du côté droit (F.I.) la jonction du grêle dilaté et du grêle plat sans qu'aucun obstacle manifeste ne se voie à l'union des deux zones. Il y a peut-être, cependant, un volvulus partiel entraînant un obstacle mécanique.

Eviscération ; déroulement du grêle ; ponction et évacuation d'un litre de liquide intestinal.

Iléostomie à la Witzel sur une anse du 3^e quart ; fermeture en un plan aux bronzes.

Décès le jour même.

Autopsie : la moitié droite de la péritonisation a lâché ; zone déperitonisée de 4 cm. de diamètre.

OBSERVATION X. — *Occlusion tardive 4 mois après une opération, pour grossesse extra-utérine par volvulus du grêle autour d'une adhérence pariétale ; détorsion ; mort.*

CH... Yvonne, 29 ans, entre à l'hôpital de Vaugirard le 25 janvier 1944, en fin de matinée. Elle accuse des *douleurs* qui sont apparues brusquement il y a 3 jours (le 22) après déjeuner. Elles siégeaient à ce moment dans la région épigastrique, à type de crampes paroxystiques. Bientôt, les douleurs gagnèrent tout l'abdomen, irradiant aux lombes, aux épaules.

Les *vomissements* sont abondants, alimentaires puis bilieux.

La malade a encore eu une selle normale le 23. Le matin du 24 également, mais aucune émission de selle ni de gaz depuis ce moment.

Température 37°1, pouls un peu accéléré, faciès fatigué.

A l'*examen* : on remarque d'abord une cicatrice sous-ombilicale à tendance chéloïdienne et l'on note en effet, dans les antécédents, *deux interventions pour grossesse extra-utérine*, l'une en 1940, l'autre il y a 4 mois.

L'abdomen est ballonné, mais de façon inégale, avec un signe de von Wahl très net ; anse distendue, sonore, de siège para-ombilical. Tout concourt à faire porter le diagnostic d'occlusion du grêle, confirmée d'ailleurs par la radiographie :

— celle-ci, sans préparation, montre d'énormes niveaux liquides, l'un surtout du côté droit ;

— le lavement baryté dessine un cadre colique véritable avec 2 angles droits et un transverse horizontal, le tout très bien injecté.

Pendant 2 heures, on installe une aspiration duodénale de Wangenstein qui fonctionne bien, et on opère à 14 h. 30.

Rachianesthésie (T.A. 13-7) complétée par un peu d'éther en cours d'intervention.

— Excision de l'ancienne cicatrice ; la paroi fibreuse cicatricielle est épaisse. Juste au-dessous de l'ombilic, une anse intestinale violacée, de mauvais aspect, présente une adhérence importante par bride courte et large la reliant à la paroi antérieure. Libération de cette bride.

Agrandissement de l'incision vers le haut. Presque tout le grêle est très distendu et violacé ; il est le siège d'un volvulus dont la bride semblait former le sommet. Seule la dernière anse iléale ne participe pas à ce processus. On détord et on vérifie tout le

grêle. Le troisième duodénum est très dilaté. Il n'y a aucune autre cause visible d'occlusion. Mais une odeur nauséabonde émane de l'abdomen et l'on en recherche la cause ; il semble que celle-ci soit une éraillure sphacélique et verdâtre d'une anse grêle près du bord mésentérique. On enfouit cette zone sous un double surjet séro-séreux au lin.

Libération de quelques brides et adhérences au fond du petit bassin.

Aspiration du liquide séro-sanglant intra-péritonéal.

Réséction du tablier épiploïque qui est fenêtré.

Paroi en 2 plans catgut sur le péritoine et crin en 8 de chiffre.

Après l'intervention, Pressyl et camphre, sérum sous-cutané en abondance. 20 cc. de sérum hypertonique à 10 % I.V.

Mise en place d'une aspiration de Wangenstein.

Suites opératoires : Le soir, température à 38°. Le Wangenstein fonctionne utilement.

Le lendemain matin, la malade, qui a passé une nuit très agitée, a un pouls très rapide et 39°5 ; le soir, 39°8.

Mort le 27 janvier au matin.

Autopsie le 28 janvier 1944.

A l'ouverture de l'abdomen : très peu de liquide et peu d'odeur ; le grêle est modérément distendu, il n'y a plus de torsion ; la zone de l'adhérence pariétale est mince, mais non perforée ; la pression à 2 mains ne fait rien sourdre de l'intestin à ce niveau ; la petite zone enfouie est bien enfouie ; il n'y a aucune perforation intestinale ; mousse rosée abondante aux lèvres.

OBSERVATION XI. — (LENOEL, Service D^r TOUPET, à Bicêtre). —

Occlusion retardée au 10^e jour après appendicectomie pour péritonite appendiculaire drainée. Iléostomie dans la plaie d'appendicite. Mort dans la cachexie.

LE P... Daniel, 15 ans, entre, le 29 décembre 1943, à Bicêtre pour appendicite aiguë grave évoluant depuis 3 jours.

Etat général altéré, température 39°, pouls 120, faciès péritonéal.

A l'examen : contracture généralisée avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Intervention : Pus franc en quantité importante à l'ouverture du péritoine.

Foyer purulent et sphacélique latéro-cæcal externe. Appendice gangrené, perforé en son centre, pratiquement séparé en deux.

Appendicectomie de proche en proche, sans enfouissement.

Une lame de caoutchouc protégeant l'intestin en dedans, 2 mèches dans le foyer après Septoplax local, 2 points musculaires de rapprochement aux 2 angles de la plaie. Pas de suture cutanée.

Suites opératoires : D'abord normales ; ablation de la lame et des mèches, les 4^e et 7^e jours.

Puis, le 10^e jour : *occlusion*.

Essai pendant 48 heures de traitement médical par : aspiration duodénale, sérum salé hypertonique I.V., prostigmine, lavement salé hypertonique.

Le traitement ne donnant aucun résultat et l'état général s'aggravant, on pratique d'urgence, le 12^e jour, une *iléostomie* directe dans la plaie d'appendicectomie sur une anse grêle que l'on voit au fond de la plaie. Mise en place d'une sonde de Pezzer N° 18 fixée par une bourse mais non enfouie.

Dans les jours qui suivent, l'occlusion cède complètement, mais la fistule intestinale se comporte comme une fistule totale. Quoiqu'assez bas située, d'après l'aspect des matières, elle entraîne une *dénutrition considérable*. On envisage alors une anastomose iléo-transverse, mais on y renonce devant l'état de cachexie du malade.

Mort dans un état de *cachexie profonde* au 45^e jour.

OBSERVATION XII (Service D^r TOUPET, à Bicêtre ; LENOEL). — *Occlusion retardée par adhérence pariétale au 5^e jour après une splénectomie ; réintervention au 12^e jour ; libération. Mort.*

L.-P... Jean, 17 ans, entre dans le service du D^r TOUPET, à Bicêtre, le 15 décembre 1943 ; a fait une chute de sa hauteur sur le rebord du trottoir et réalisé ainsi un traumatisme du flanc gauche.

A l'entrée, le blessé est pâle, agité, se plaint de douleur de l'hypocondre gauche avec irradiation à l'épaule gauche. Défense abdominale de la région de l'hypocondre gauche ; pouls à 80, T. A. 9-5.

Après quelques heures de traitement antichoc et de surveillance, le malade est opéré le 16 décembre 1943 avec le diagnostic de *rupture traumatique de la rate*.

Intervention : Médiante sus-ombilicale complétée par un débriement transversal avec section du grand droit du côté gauche ; sang dans le péritoine.

Il existe en effet une déchirure complète verticale de la rate ; splénectomie facile.

Paroi sans drainage au catgut chromé.

Les *suites opératoires* furent d'abord simples puis le 5^e jour le malade se plaint d'un léger malaise, présente un vomissement, de la difficulté à rendre les gaz et un ballonnement discret.

On hésite alors entre la reprise d'une hémorragie par lâchage de suture ou une occlusion post-opératoire que l'on attribue à une parésie intestinale consécutive à l'hétopéritoine.

Mais le lendemain, les signes occlusifs se précisent : ballonnement, vomissement, absence d'émission de gaz.

On installe alors une aspiration duodénale continue et l'on institue un traitement médical par le sérum salé hypertonique et la prostigmine. *Ce n'est que le 12^e jour*, devant l'échec total de ce traitement, qu'on intervient de nouveau.

Intervention : Médiante sous-ombilicale ; un peu de sang liquide dans le péritoine.

Tout de suite se présente du grêle plat et du grêle dilaté. La cause de l'occlusion est l'adhérence à la paroi de deux anses grêles ; une autre anse est adhérente au niveau du débridement transversal.

Libération de toutes les anses adhérentes. Ponction du grêle à l'aspirateur et enfouissement de l'orifice de ponction. Suture de plusieurs éraillures séreuses ; une lame de caoutchouc dans le Douglas, paroi en un plan total aux bronzes.

Malheureusement, intervention trop tardive, et *mort* en hyperthermie (41°8) dans la nuit qui suit l'intervention.

OBSERVATION XIII (Service de M. le Professeur TOUPET). —
Occlusion secondaire par agglutination et brides au 20^e jour après hernie ombilicale étranglée ; libération. Décès.

L... Henri, 62 ans, entre, le 8 février 1944, d'urgence, dans le service du Dr TOUPET, pour une hernie ombilicale étranglée.

Il s'agit d'un homme de 62 ans qui présente une hernie ombilicale étranglée de moyen volume depuis 24 heures.

Intervention à l'anesthésie locale (LENOEL).

Ouverture de l'abdomen au-dessus du sac en péritoine libre.

Débridement du collet de haut en bas.

Réssection du sac qui contient le cæcum, l'appendice et la fin du grêle ; mais ces éléments sont sains, on les réintègre dans le ventre. Paroi en 2 plans. Péritoine, aponévrose, au lin perdu. Lin sur la peau.

Il est à noter que le malade toussait beaucoup ; le ventre était très distendu chez un malade gibbeux et à gros ventre, dont les tissus aponévrotiques sont peu solides et déchirent à plusieurs reprises.

Suites opératoires : d'abord simples ; mais le 7^e jour, le plan profond de la paroi a lâché et il existe une éventration sous-cutanée.

Sur les conseils du Dr MOUCHET, on réintervient ce jour et, après désunion de la peau, on refait la paroi en 1 plan total au bronze. Mais bien qu'on reprenne énormément d'étoffe, les tissus œdématisés et cartonnés coupent en plusieurs endroits. On parvient cependant à une fermeture satisfaisante.

Suites opératoires satisfaisantes *jusqu'au 22^e jour* où le malade fait une occlusion post-opératoire du grêle avec ballonnement extrêmement important, ne cédant pas au traitement médical, et on réintervient d'urgence le 2 mars 1944 (LENOEL).

Rachianesthésie plus quelques bouffées d'éther en terminant.

On repasse par la même incision ; alors que le ventre était libre lors de la première opération, on trouve des coalescences viscérales multiples, mais en particulier une anse grêle venue adhérer au transverse forme bride sous laquelle s'est engagé du grêle étranglé.

Ponction des anses. Libération de tout l'intestin agglutiné. Ce faisant, on fait sur le grêle, en un endroit, une petite plaie que l'on répare en 2 plans au fil de lin.

Fermeture de l'orifice de ponction du grêle en 2 points de suture.

Paroi très difficile à fermer, car il existe un écartement impressionnant des bords aponévrotiques. On parvient cependant, quoique sous traction assez forte, à refermer la paroi en 2 plans.

Malheureusement, le malade meurt le lendemain matin, sans avoir repris conscience, avec une température de 39°8.

OBSERVATION XIV (Service de M. le Dr TOUPET). — *Occlusion immédiatement consécutive après appendicite aiguë ; cœcostomie ; occlusion secondaire par agglutination ; libération. Guérison.*

M. T... Daniel, 22 ans, entre, le 16 décembre 1943, d'urgence, pour une appendicite aiguë sévère.

Intervention (JARDEL). Rachianesthésie. Ouverture de l'abdomen, et en l'extériorisant on rompt une collection franchement purulente entre sigmoïde et grêle.

Appendicectomie avec enfouissement (appendice gangrené à sa pointe). Lame de caoutchouc dans le Douglas. Mèches dans le foyer. Fermeture musculaire 1 plan catgut chromé. Fermeture très partielle de la peau au lin.

Suites opératoires : immédiatement troublées, avec signes d'occlusion post-opératoire dès la 48^e heure.

Devant l'inefficacité de l'aspiration duodénale, du sérum hypertonique et de l'infiltration splachnique, on décide de réintervenir.

Cliniquement, dilatation prédominante à l'épigastre.

A la radio, nombreux niveaux liquides avec dilatation du côlon et du cæcum indiscutable.

On pose alors le diagnostic d'occlusion basse, probablement sigmoïdienne.

Intervention (JARDEL). — Rachianesthésie. Ouverture de l'abdomen par la précédente incision. Extériorisation du cæcum et de la dernière anse grêle qui sont dilatés.

Le sigmoïde est vu au fond de la brèche, également dilaté.

On enlève les 2 lames de drainage et on pratique une cæcostomie sur sonde de Pezzer.

Les suites opératoires sont d'abord simples. Les signes occlusifs disparaissent et la cæcostomie fonctionne parfaitement. Il ne passe rien par le rectum.

Puis, le 14^e jour (depuis le début), nouvelle occlusion indiscutable, ballonnement généralisé. La cæcostomie ne donne plus rien.

24 heures de traitement médical et d'aspiration étant un échec total, on réintervient de nouveau le 15^e jour.

Troisième intervention (POISSONNET). — Anesthésie générale. Médiante sous-ombilicale.

Une anse grêle est collée contre le foyer cæcal et forme une bride étranglante sous laquelle s'est étranglée une autre anse.

Ponction du grêle à l'aspirateur. Libération de l'adhérence du grêle et fermeture de l'orifice de ponction en 2 plans au lin. On voit très bien, à ce moment, que la partie inférieure du sigmoïde est incluse dans le foyer inflammatoire iliaque droit, ce qui explique la première occlusion post-opératoire.

Réintégration du grêle. Paroi en 1 plan au gros lin n° 3.

Suites opératoires : Extrêmement simples, les signes occlusifs cèdent complètement, la cæcostomie fonctionne de nouveau rapidement.

Un mois après les selles passent spontanément en partie par le rectum, et le 58^e jour on pratique, sous anesthésie générale (JARDEL), la fermeture intra-péritonéale de la cæcostomie.

Et quatorze jours après, c'est-à-dire le 72^e jour après le début de la maladie, le malade sort guéri.

OBSERVATION XV. — *Occlusion tardive 4 mois après opération de Wertheim par incarceration dans une brèche épiploïque ; libération. Décès 18 jours plus tard avec élévation progressive de l'azotémie.*

L... Antoinette, 29 ans, a subi un Wertheim pour néo du col le 11 février 1944 ; l'opération s'est déroulée normalement ; les suites ont été satisfaisantes et la malade est sortie le 2 mars.

Peu après sa sortie, elle accuse des douleurs au niveau des membres inférieurs ; elle entreprend un traitement radiothérapique à Necker. Dès le mois d'avril, la malade accuse des phénomènes de constipation, restant parfois 4-5 jours sans aller à la selle. Cette constipation s'accompagne de douleurs abdominales diffuses et continues, avec coliques post-prandiales ; quelques nausées et vomissements ; asthénie assez marquée.

Cette situation persiste tout le mois de mai, les évacuations intestinales étant difficilement assurées par des lavements quotidiens.

Brusquement, le 7 juin, vers 3 heures de l'après-midi :

— Douleurs très violentes, abdominales, sans localisation précise ; vomissements alimentaires puis bilieux ; ni selles, ni gaz malgré un lavement.

C'est alors qu'elle est amenée d'urgence à la clinique chirurgicale de Vaugirard.

A l'examen à l'entrée : état général médiocre ; faciès amaigri et fatigué, langue sèche, pouls rapide, température 37°8 ; abdomen ballonné dans son ensemble et tympanique ; pas d'ondulations péristaltiques ; T.R. et T.V. : pas de signes de récidive.

Radio : nombreux niveaux liquides ; aéro-iléie importante ; notamment une anse apparaît, électivement distendue dans le pelvis.

Compte rendu opératoire le 8 juin 1944 : Médiante sus- et sous-ombilicale. Etranglement du transverse et d'une anse grêle au travers d'une brèche épiploïque ; libération ; intestin sain ; ponction du transverse pour réintégration.

Suites opératoires : on installe immédiatement : aspiration duodénale ; sérum physiologique sous-cutané ; sérum hypertonique I.V. 40 cc. à 10 %.

Malgré cette thérapeutique, qui est poursuivie les jours suivants, la malade reste extrêmement asthénique, déshydratée, langue sèche.

Le 10, on fait 2 litres de sérum I.V. : Syncortyl, camphre.

Le 11 au soir, la température monte à 40°, puis retombe le 12 à 37°6, mais : ni selles ni gaz, asthénie intense.

Urée : 1 gr. 60.

Quelques évacuations sont péniblement obtenues le 15 juin ; l'état reste cependant à peu près le même avec des alternatives :

— asthénie très marquée, état subfébrile, élévation progressive de l'azotémie, malgré la réhydratation, la rechloration intense.

Décès le 27 juin 1944.

A l'autopsie : gros abcès pelvien remontant dans la région mésentérique avec agglutination des anses grêles expliquant l'occlusion et la mort. Urètères libres ; on prélève un rein.

Récidive « *in situ* » (cicatrice vaginale et cloison recto-vaginale).

OBSERVATION XVI. — *Occlusion tardive six mois après appendicectomie et néphropexie droite par bride avec ébauche de torsion ; libération. Guérison.*

B... Cécile, 34 ans, entre à l'hôpital de Vaugirard d'urgence le 2 septembre 1944, pour occlusion intestinale.

Cette malade avait souffert de la fosse iliaque et de la région lombaire, ainsi que de la base thoracique droites, depuis 1940 ; douleurs intermittentes pour lesquelles on l'opérait à Saint-Louis, en mars 1944, d'appendicectomie et de néphropexie dans la même séance pour appendicite chronique et ptose rénale droite.

Les suites opératoires avaient été normales, mais des douleurs avaient persisté, ainsi qu'une certaine gêne du transit intestinal.

Le 1^{er} septembre, elle présente, dans l'après-midi, des douleurs abdominales diffuses, assez peu intenses, mais évoluant par crises. Le soir : barre transversale très douloureuse — arrêt complet des matières et des gaz — vomissements incessants, alimentaires puis bilieux.

Le 2 septembre, elle est envoyée à Vaugirard. La douleur a diffusé, mais évolue toujours par crises, avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Arrêt des matières et des gaz, et vomissements persistants : l'état général est bon.

Il existe un ballonnement modéré avec météorisme surtout péri-ombilical ; pas d'ondulation péristaltique.

Tout cet ensemble symptomatique, associé à la notion de l'intervention antérieure, permet de porter le diagnostic d'occlusion post-opératoire, probablement par bride. Une radiographie sans préparation est cependant pratiquée ; elle montre, en position verticale, une dilatation gazeuse avec niveaux liquides siégeant dans la partie inférieure et droite de l'abdomen.

Intervention : Anesthésie à l'éther. Médiane sous-ombilicale. Le grêle semble tordu en volvulus dans sa partie terminale, mais il ne s'agit que d'une ébauche de torsion entraînant un cæcum long et mobile dans le pelvis autour d'une petite bride loin de la cicatrice cæcale d'appendicectomie ; libération des adhérences. Vérification du grêle au-dessus et au-dessous de la lésion. Paroi 3 plans.

Suites opératoires extrêmement simples, aidées par l'aspiration duodénale et l'injection I.V. de sérum salé hypertonique.

Sortie le 16^e jour.

OBSERVATION XVII. — *Occlusion tardive par volvulus sur bride, deux ans après l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Résection intestinale. Guérison.*

V... Juliette, 43 ans, entre d'urgence à l'hôpital Bichat le 30 mai 1944, pour un syndrome abdominal aigu datant de 48 heures.

Le *début* a été brusque, marqué par :

— douleur abdominale, surtout dans la fosse iliaque gauche ; vomissements ; arrêt des gaz ; élévation thermique.

A l'*examen à l'entrée* : Température 38°8, pouls 120. Défense sous-ombilicale surtout marquée à gauche ; pas de météorisme notable.

L'*intervention* (POINTEAU) est pratiquée immédiatement sous anesthésie générale à l'éther :

Médiane sous-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice.

Il s'agit d'un *volvulus du grêle* sur bride. Section de la bride. L'intestin est très infarci, feuille morte par endroits. Résection de 80 cm. de grêle environ. Anastomose latéro-latérale en 2 plans au lin. Résection épiploïque partielle, car l'épiploon, très adhérent à la cicatrice, est infarci. Paroi 2 plans.

Suites opératoires simples ; la malade quitte l'hôpital, guérie, le 18^e jour.

OBSERVATION XVIII (Service du Dr TOUPET, Bicêtre). — *Occlusion tardive par bride deux ans après laparotomie pour péritonite tuberculeuse. Section de la bride. Guérison.*

LE... Olga, 36 ans, entre dans le service du Dr TOUPET, à Bicêtre, pour un syndrome occlusif datant de 24 heures.

Le début a été brusque par : douleurs à type de coliques assez diffuses, vomissements répétés, arrêt des matières et des gaz.

L'état général n'est pas mauvais : température 37°5, pouls 125, T.A. 12-8.

A l'examen à l'entrée, on note un météorisme global à maximum péri-ombilical gauche. Ondulations péristaltiques.

Par ailleurs, grossesse de trois mois vérifiée au T.V. ; a été opérée pour *péritonite tuberculeuse en 1943*.

L'intervention a lieu immédiatement, 7 juin 1944 (Dr Roux), sous-rachianesthésie.

Médiane sus- et sous-ombilicale ; on trouve immédiatement des brides d'adhérences pariétales que l'on sectionne.

Il existe un processus diffus de péritonite plastique ; mais on note l'existence d'anses grêles distendues et d'autres plates ; on trouve facilement une bride tendue entre 2 anses et sous laquelle une autre anse est venue s'étrangler.

Section entre 2 ligatures ; réintégration. Paroi 3 plans.

Les suites ont été absolument normales et la malade est sortie le 15^e jour.

OBSERVATION XIX. — *Occlusion tardive par bride deux mois après péritonite appendiculaire ; deux récidives d'occlusion en un mois. Décès après la dernière intervention.*

1^o 30 juillet 1944 : *Péritonite appendiculaire.*

Mme LEF... Anne-Marie, 69 ans, hystérectomisée il y a 29 ans, entre une première fois dans le service le 29 juillet 1944, au soir, pour un syndrome douloureux abdominal fébrile datant de trois jours.

A son arrivée, l'absence de maximum douloureux dans la F.I.D., l'existence d'une légère voussure à gauche, jointes à l'allure paroxystique des douleurs, à l'absence des selles et à la rareté des gaz, font soupçonner un processus occlusif. Une radiographie sans préparation, en position debout, montre effectivement quelques distensions du grêle avec niveaux liquides. On installe une aspiration duodénale continue, une perfusion d'un litre de sérum salé isotonique et l'on injecte en quelques heures 80 cc. de sérum hypertonique intra-veineux associé à du Syncortyl.

Dans l'après-midi du lendemain 30, un nouvel examen montre une zone plus douloureuse dans la F.I.D. On se décide à intervenir avec le diagnostic d'appendicite à forme d'occlusion.

Intervention le 30 juillet 1944 (Dr GERMAIN) : Anesthésie locale ; Mac-Burney. Sérosité purulente fétide. Enorme appendice sphacélé presque en entier, rétro-cæcal. Appendicectomie par voie rétro-grade. L'enfouissement peut être réalisé grâce à l'intégrité relative de la base.

Exoseptoplix. Drain et mèche dans le foyer. Paroi laissée ouverte, sauf aux 2 angles de la plaie que l'on rapproche par un crin.

Les suites sont assez pénibles, du fait d'une suppuration longue à se tarir. La malade n'est sortie qu'au bout de 5 semaines.

2° *Occlusion post-opératoire*. Opérée le 3 octobre 1944.

Elle entre de nouveau, deux mois après sa péritonite appendiculaire, le 3 octobre 1944, pour un syndrome occlusif manifeste datant de 30 heures, sans ballonnement important. Température 36°4, pouls 120. Mauvais état général. Maximum douloureux dans la F. I. G.

Intervention le 3 octobre 1944 (Dr GERMAIN). — Rachianesthésie. Médiante sous-ombilicale. Il existe un volvulus *sur bride* qui va d'une anse grêle au mésentère. C'est sous la bride que s'engagent 40 cm. de grêle volvulé. Après section de bride et détorsion, on réintègre purement et simplement l'anse qui a un aspect satisfaisant.

Soins post-opératoires habituels : sérum hypertonique, perfusion de sérum, adrénaline, Pressyl. Les suites opératoires sont excellentes et la malade se relève parfaitement.

3° *Nouvelle occlusion* le 22 octobre 1944.

18 jours après, cependant, un nouvel épisode occlusif survient. Depuis 2 jours, arrêt de matières, quelques gaz sont passés. Depuis quelques heures, douleurs abdominales sans vomissements. Etat général déjà précaire. Température 37°, pouls 100. Localement, pas de météorisme ni d'ondulation péristaltique, mais tympanisme net dans la F.I.G. avec douleurs localisées à ce niveau.

Un examen radiologique montre 3 ou 4 niveaux liquides sur le grêle à gauche.

Intervention 22 octobre 1944 (Dr GERMAIN) : Morphine intra-veineuse, plus locale. On repasse par la médiane. Il existe une longue bride reliant une anse à une autre sous laquelle s'engage un paquet d'anses grêles non volvulées et peu dilatées.

Section de la bride. Paroi en deux plans. Suites favorables jusqu'au 6° jour.

4° *Troisième récurrence occlusive* pour laquelle une intervention est de nouveau pratiquée le 28 octobre 1944.

Depuis 10 heures, syndrome occlusif manifeste avec deux zones de distension hydro-aérique du grêle. Mauvais état général malgré sérum physiologique, sérum hypertonique intra-veineux, aspiration duodénale et Syncortyl.

Intervention à l'anesthésie locale (Dr GERMAIN), en repassant par la médiane. Libération d'adhérences épiploïques. La manipulation

des anses montre 4 à 5 brides lâches non occlusives que l'on sectionne. Cependant, une autre, située dans le flanc gauche, détermine un sillon d'étranglement net ; on la sectionne. Il faut noter, par ailleurs, un foyer d'adhérences dans le petit bassin, à gauche, mais qu'on ne libère pas étant donné qu'on ne note aucune distension à ce niveau. Enfin, en différents segments du grêle, on note un état de contractions spasmodiques sans obstacle mécanique. Soins post-opératoires habituels.

La malade, qui semblait avoir de nouveau franchi ce cap difficile, *meurt le 13 novembre 1944*, soit 15 jours après la dernière opération, dans un syndrome fébrile d'adynamie, de déshydratation.

A l'autopsie il n'existe aucune occlusion. Péricardite scléreuse, aortite athéromateuse, hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche et du lobe supérieur du poumon droit.

OBSERVATION XX (Pr. SÈNÈQUE). — *Occlusion tardive six ans après une hystérectomie. Etranglement par bride opéré à la quarante-huitième heure ; imminence de sphacèle ; résection intestinale. Anastomose iléo-transverse. Guérison.*

Mme DES..., 62 ans, a subi, en 1938, à l'hôpital Bichat, une hystérectomie pour fibrome.

Le 1^{er} janvier 1945, au matin, est prise subitement de : douleurs abdominales, extrêmement vives, hypogastriques, sans siège précis, douleurs continues sans paroxysmes, nets, vomissements.

La malade se fait administrer un lavement qui ne la soulage pas.

Pendant la nuit, les douleurs sont calmées par une injection de morphine.

Le lendemain, douleurs toujours très vives, pas de vomissements, ni matières, ni gaz. Gargouillement intestinal. Température 38°2.

A l'examen (Pr. SÈNÈQUE) : ventre souple, douleur abdomino-pelvienne basse sans maximum ; T.V. : douleur très vive à droite.

Intervention immédiate sous anesthésie générale à l'éther :

Incision Mac-Burney secondairement agrandie. Une anse grêle terminale est engagée sous une bride et fortement étranglée, infarctée, en imminence de sphacèle. Résection anastomose. Anastomose iléo-côlon ascendant ; fermeture du bout distal presque au ras du cæcum. Mickulicz. Drain. Mèches. Fermeture partielle.

Suites opératoires : très rapidement favorables. Gaz le 3^e jour. Ablation du Mickulicz le 10^e jour. Sortie au bout d'un mois.

OBSERVATION XXI (D^r ROUX). — *Occlusion tardive par bride avec tableau clinique atténué ; opération retardée ; bride très serrée avec menace de sphacèle ; pas de résection intestinale. Mort.*

R... René, 53 ans, tuberculeux pulmonaire soigné au sanatorium de Champcueil, entre à l'hôpital Laënnec le 5 décembre 1944. A déjà été opéré : il y a plusieurs années, appendicectomie et en décembre 1942, dans le même service, pour occlusion.

Compte rendu opératoire de 1942 : occlusion depuis trois jours. Cyanose, arythmie, collapsus. Etat grave.

Radio : siège sur le grêle.

A l'intervention : il doit s'agir d'un infarctus du grêle en voie de constitution ; le 1^{er} mètre de grêle est rouge, atone, avec quelques ecchymoses (dans le méso, ganglions nombreux).

Injection dans le méso de 2 cc. d'adrénaline à 1 %. Fermeture.

Actuellement, présente un tableau atténué d'occlusion.

Devant la pauvreté de la symptomatologie, on se décide à surseoir à l'intervention après avoir prescrit : atropine, aspiration duodénale.

Le lendemain, 6 décembre 1944, aucune sédation. ,

Intervention sous rachi-anesthésie. Coeliotomie médiane sous-ombilicale. Bride extrêmement serrée, écrasant, à la base du mésentère, la majorité des anses grêles. Anses congestionnées, mais les deux zones de striction sont suspectes ; devant l'état grave du malade, on ne pratique pas de résection.

Fermeture sans drainage.

Mort dans un tableau de péritonite.

OBSERVATION XXII (D^r ROUX, service du D^r SORREL, hôpital Trousseau). — *Occlusion retardée par agglutination au huitième jour après appendicectomie à froid sans enfouissement. Ileo-transversostomie. Guérison.*

FR... Cécile, 5 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau avec le Dg. d'appendicite chronique.

Opérée le 8 mars 1945 : Mac-Burney, appendice long, ectomie sans enfouissement, paroi 3 plans sans drainage.

Suites opératoires : apyrétiques, et tout à fait normales.

Le 15 mars, la veille du jour où elle devait quitter le service, la température monte à 38° et, dans la journée, se constitue un syndrome occlusif : ballonnement, météorisme, faciès altéré, vomissements à 22 heures.

A 3 heures du matin, *intervention* (D^r ROUX) :

1° Laparotomie iliaque droite sur l'ancienne cicatrice. Du grêle dilaté uniquement; le cæcum collé dans le fond ne peut être amené. On voit l'épiploon adhérent à l'anse iléo-cæcale. Fermeture en 1 plan aux crins.

2° Laparotomie médiane sus-ombilicale. Anastomose au bouton grêle-transverse. Ponction évacuatrice de l'iléon. Enfouissement de l'orifice de ponction. Fermeture en 1 plan aux crins.

— Aspiration duodénale.

— Sérum physiologique 500 cc.

— Sérum hypertonique I.V. 5 cc. à 10 %. 5 cc. Syncortyl. Pressyl.

Suites opératoires : Reste d'abord ballonnée ; petite selle (avec lavement) 48 heures plus tard ; ablation du Wangenstein le cinquième jour ;

— On le remet le surlendemain, parce que lavement d'huile et suppositoires glycerinés ne donnent rien. Abdomen tendu.

— Le lendemain, bon état, mais abdomen ballonné, non tendu. Sérum salé hypertonique.

Le 29, très bon état général. Guérison.

OBSERVATION XXIII (Service de M. le Pr. agrégé DE GAUDART D'ALLAINES). — *Occlusion tardive par brides multiples 15 ans après une hystérectomie. Libération. Guérison.*

TA... Marie, 62 ans, entre à l'hôpital Broussais, le 6 décembre 1943, en état d'occlusion aiguë. A été opérée en 1928 : hystérectomie.

Intervention immédiate : Médiane sous-ombilicale.

Brides nombreuses étranglant plusieurs anses ; section, réintégration après sérum chaud. Paroi 3 plans, un drain.

Suites opératoires : favorables, mais rétablissement du transit malaisé.

Sort le 16^e jour.

OBSERVATION XXIV (Service de M. le Pr. agrégé DE GAUDART D'ALLAINES). — *Occlusion tardive par agglutination deux mois après appendicectomie ; libération. Guérison.*

FA... Jean, 42 ans, a été opéré en février 1944, à Issy-les-Moulineaux, pour appendicite.

Entre d'urgence à Broussais, le 12 avril 1944, pour *occlusion aiguë*. Douleurs extrêmement violentes ; vomissements répétés ; météorisme accentué.

Examen radiologique : pas de niveaux liquides en position

debout, mais existence de clartés aériques médianes traduisant une aéro-iléie et donnant une image en tuyaux d'orgue.

Intervention immédiate (BARBIER). Médiane sus- et sous-ombilicale.

On découvre, au niveau de la cicatrice d'appendicectomie, un foyer d'adhérences au niveau desquelles une anse grêle est incluse. Libération progressive de toutes les adhérences et résection d'une bride épiploïque. Paroi crins perdus.

Suites très favorables. Sortie le 20^e jour.

OBSERVATION XXV (Service de M. le Pr. agrégé DE GAUDART D'ALLAINES). — *Occlusion récidivante par agglutination dix-huit mois après intervention gastrique. Libération plus iléostomie. Guérison.*

L. B... Antoine, 28 ans, entre à l'hôpital Broussais le 1^{er} octobre 1943.

Il a été opéré en avril 1942, en Allemagne, pour un ulcère gastrique ; ne peut préciser si on lui a fait gastrectomie ou gastro-entérostomie (médiane sus-ombilicale). A cette époque, son histoire ulcéreuse remontait à 3 ans. Amélioré depuis l'opération au point de vue gastrique.

En avril 1943, après un repas copieux ; occlusion, réintervention, section de bride, guérison.

Actuellement, présente un tableau d'occlusion subaiguë : douleur, pas de vomissement, arrêt des matières et des gaz, météorisme discret.

Intervention (D' LE ROY) : Médiane sus- et sous-ombilicale. On extériorise tout de suite un gros paquet d'anses grêles qui est le siège de l'occlusion ; libération assez facile.

Entérostomie à la Witzel sur la dernière anse dilatée.

Paroi 1 plan crins doubles.

Suites opératoires : la sonde tombe le 8^e jour et la fistule se ferme spontanément.

Guérison très simple.

OBSERVATION XXVI (Service de M. le Pr. agrégé DE GAUDART D'ALLAINES). — *Occlusion retardée par volvulus du grêle, un mois après un anus iliaque gauche pour cancer du rectum. Résection intestinale. Mort.*

Ro... Louis, 61 ans, entré à Broussais, le 12 mai 1943, pour cancer du rectum.

Hémorragies intestinales. Lésion à 6 cm. de l'anús.

Examens préopératoires normaux. T.A. : 11-5.

Le 22 mai 1943 : 1^{er} temps opératoire (POINTEAU) : Médiane sous-ombilicale, pas de ganglions, foie normal.

Section de l'anse sigmoïde avec péritonisation des tranches du méso.

Abouchement du bout supérieur sur tube de Paul par contre-incision iliaque gauche. Bout inférieur sur la ligne médiane, sonde de Pezzer, paroi crins perdus.

Suites opératoires : rapidement fébriles, température oscillante, aboutissant à l'incision d'un très volumineux abcès pariétal.

Le 29 juin 1943, syndrome douloureux du flanc droit, signes d'occlusion.

Réintervention : Mac-Burney haut. On tombe sur un couvercle épiploïque recouvrant une anse infarctie ; agrandissement en haut et en bas. Il s'agit d'un volvulus sur bride d'une anse grêle (360°). Détorsion et section de la bride. Résection malgré l'état précaire et anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. Une mèche au contact de l'anastomose, un drain dans le foyer. Septoplax.

3 crins totaux ferment la paroi et laissent la peau ouverte.

Suites opératoires : mort au bout de 3 semaines dans un tableau de toxémie.

OBSERVATION XXVII (Service de M. le Prof. agrégé DE GAUDART D'ALLAINES). — *Occlusion au sixième jour d'une colectomie totale pour mégacolon ; iléostomie « a minima ».* Mort.

L... Jean, 53 ans, présentait depuis de longues années des symptômes d'ordre intestinal (diarrhée) et, récemment, un amaigrissement notable. Radiologiquement, arrêt du lavement baryté à l'angle colique droit sans image lacunaire.

Intervention le 18 mars 1943 (D^r PATEL). Médiane sus- et sous-ombilicale ; presque tout l'intestin grêle et le côlon sont encapsulés par un sac filamenteux translucide peut-être formé par l'épiploon, mais il ne s'agit pas de l'aspect blanchâtre et brillant classique de la péritonite encapsulante.

Incision de la membrane et libération de l'intestin. Pas de néo, mais mégacolon important.

On se contente de la libération.

Suites opératoires : normales, mais météorisme persistant. Aucune modification des troubles du transit.

Le 22 avril 1943, une nouvelle radiographie par lavement montre la présence d'un mégacolon et d'un obstacle à l'extrémité gauche du transverse.

Laparotomie paramédiane gauche : mégacôlon plus mésocolite. Colectomie large ; suture termino-terminale extériorisée.

Le résultat fonctionnel de cette intervention s'étant montré insuffisant, on intervient encore une fois.

Le 3 juillet 1943, rachi. Incision iliaque gauche. Colectomie totale. Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale. 2 drains cellophanes dans les fosses iliaques.

Suites opératoires : à partir du 3^e jour, sans que la notion d'*intervalle libre* puisse être nettement précisée : absence de gaz, météorisme progressif.

Le 8 juillet 1943, sous anesthésie locale : incision paramédiane droite, anses distendues. *Iléostomie Witzel*.

Mort 24 heures après.

OBSERVATION XXVIII (Service de M. le Prof. DE GAUDART D'ALLAINES). — *Occlusion récidivante par agglutination d'anses. Iléostomie difficile à faire fonctionner ; guérison. A subi ultérieurement une entéro-anastomose.*

N... Louise, 71 ans, entre d'urgence à Broussais, le 7 janvier 1944, pour une occlusion intestinale aiguë.

Malade déjà sept fois opérée, dont plusieurs pour occlusion intestinale ; a subi une résection colique ; mais jamais de néo.

Récidive de l'occlusion : ballonnement important, état général médiocre, 38°, pouls à 120.

Intervention (D^r D'ALLAINES) : Anesthésie générale au protoxyde. Incision verticale paramédiane droite.

On tombe sur un magma d'adhérences inextricables ; aucune exploration possible. On pratique une *iléostomie* à la Witzel sur anse distendue.

Dans les jours suivants, la sonde donne quelques gaz, mais pas de liquide.

Sérum hypertonique I.V. Lavages dans la sonde d'iléostomie.

On obtient avec peine un fonctionnement d'ailleurs assez modeste de la sonde ; cependant une amélioration manifeste est obtenue ; le cours des gaz se rétablit. Une selle est obtenue le cinquième jour ; la sonde tombe le douzième jour ; pas de fistule.

Sortie le 17^e jour.

Six mois après, sans nouvelle occlusion aiguë, mais présentant des troubles chroniques du transit, la malade a subi une entéro-anastomose (iléon, côlon ascendant) qui a amené une guérison plus facile et qu'on peut espérer définitive.

OBSERVATION XXIX (Service de M. le Pr. agrégé DE GAUDART-D'ALLAINES). — *Occlusion subaiguë par agglutination après colectomie pour méga-dolicho-côlon ; iléostomie ; amélioration passagère ; nouvelle occlusion ; iléo-colostomie. Guérison.*

MAL... Irène, entre à Broussais, le 12 novembre 1943, pour des troubles colitiques déjà anciens, qui comprennent : constipation chronique, crises coliques de subocclusion avec météorisme et douleurs, terminées par une débâcle.

Radiologiquement : dolichocôlon.

On pense qu'il s'agit d'un dolichocôlon surtout pelvien, avec crises subaiguës de torsion.

Intervention le 17 novembre 1943 (D^r D'ALLAINES) : Médiane sous-ombilicale.

Dolichocôlon pelvien avec mésocolite rétractile. Résection avec *anastomose par intubation* sur drain, technique habituelle. Une mèche en arrière et autour de l'anastomose. Fermeture pariétale crins perdus. *Cæcostomie*.

Suites opératoires : D'emblée, on note que la cæcostomie fonctionne difficilement.

Le drain tombe le 4^e jour ; par la suite, les évacuations de gaz sont très difficiles ; il n'y a guère de météorisme, des vomissements apparaissent.

Le 29 novembre 1943, soit le 11^e jour : Iléostomie à la Witzel par incision iliaque gauche. La sonde ne fonctionne absolument pas, malgré tous les soins ; cependant le transit intestinal se rétablit, gaz et selles, mais reste assez médiocre.

Le 24 décembre 1943 : de nouveau, un tableau d'occlusion subaiguë s'est constitué : pas de gaz depuis 48 heures, vomissements, pas ou peu de météorisme, état général mauvais.

On décide une *nouvelle intervention* :

Médiane sous-ombilicale. Série d'anses grêles adhérentes dans le bassin au niveau d'un foyer inflammatoire situé autour de l'anastomose.

L'iléon terminal en fait partie.

Anastomose latéro-latérale entre une anse grêle dilatée, probablement assez haut située, et le côlon ascendant.

Guérison ; le cours des matières et des gaz se rétablit bien ; pas de vomissements, pas de dénutrition.

Le 18 mars 1944, fermeture de l'anus cæcal.

Sortie 15 jours après.

OBSERVATION XXX (Service de M. le Pr. agrégé DE GAUDART D'AL-LAINES). — *Occlusion tardive plusieurs années après hystérectomie ; bride ; anse sphacélée et perforée ; résection. Décès.*

S... Madeleine, 66 ans, amenée à Broussais le 16 septembre 1943, en état d'occlusion manifeste datant de 24 heures ; ondulations péristaltiques, vomissements fécaloïdes.

Intervention immédiate ; rachi impossible ; anesthésie locale suffisante étant donné l'état général de la malade ; on extériorise d'emblée une anse étranglée d'où s'échappe un flot de matières ; la bride très serrée qui siège au pied de l'anse a littéralement coupé l'intestin. Résection rapide ; anastomose termino--terminale au bouton.

Mort 8 heures après.

OBSERVATION XXXI (Service de M. le Professeur FEY). — *Occlusion retardée par volvulus du cæcum après néphrostomie pour lithiase ; diagnostic méconnu, pas de réintervention. Décès.*

G... Alexandre, 46 ans, entre à l'hôpital Cochin le 26 avril 1944, pour pyurie.

En 1930, a déjà subi l'ablation d'un calcul du rein gauche (Professeur CHEVASSU) ; une radio post-opératoire a montré un calcul résiduel de la grosseur d'une tête d'allumette.

En 1934, à la suite de phénomènes de coliques néphrétiques, ablation de plusieurs calculs de l'uretère droit.

Depuis 5 ou 6 ans, urines troubles.

Actuellement, calcul en diabolito du rein gauche (position : bassin et parenchyme).

Le 9 mai 1944, *intervention* (Pr. FEY). Lobotomie. Adhérences serrées du tissu cellulaire péri-rénal qui empêche l'extériorisation. Exérèse du calcul par néphrostomie. Sonde pyélique. Exploration de l'uretère qui est libre. Paroi au catgut.

Suites opératoires : après un crochet à 38°5, la température tombe en 3 jours à 37°. La sonde pyélique donne peu, 150 à 200 gr. par 24 heures. Dès le 3^e jour, on note des vomissements ; il s'y surajoute un léger ballonnement abdominal, mais le cours des gaz semble maintenu. Ce n'est pas d'ailleurs le caractère subocclusif des symptômes qui attire l'attention ; on est plutôt orienté vers des phénomènes liés à l'azotémie. En effet, celle-ci est à 1 gr. le 12 mai, à 1,51 le 19, 1,70 le 24. Le chiffre des chlorures se maintient aux alentours de : Ch. glob. 3,4 - Chl. plasm. : 6. On institue un traitement par aspiration duodénale et réhydratation massive : sérum physiologique sous-cutané et intra-veineux, sérum hypertonique. Malgré ces soins, le malade meurt le 27 mai 1944.

Autopsie : volvulus du cæcum ; il existe une bascule au niveau de la partie moyenne du côlon droit et le bas-fond cæcal se trouve dans l'hypocondre gauche. Rien d'anormal au niveau du foyer opératoire.

OBSERVATION XXXII. — *Occlusion retardée un mois après hystérectomie totale suivie de néphrectomie par adhérence au point de section de l'uretère ; libération. Guérison.*

B... Marie, 47 ans, est opérée pour *cancer de l'isthme utérin*.

Très adhérent à droite ; libération de l'uretère difficile ; hystérectomie totale ; péritonisation, drainage vaginal.

Au 8^e jour, fistule urétérale ; cathétérisme impossible ; après s'être assuré de la valeur du rein gauche on pratique le 15^e jour une néphrectomie droite.

Suites sans incident ; la malade quitte la clinique le 20^e jour après la néphrectomie.

15 jours après sa sortie, revient avec un syndrome d'occlusion aiguë : ondulations péristaltiques.

Laparotomie médiane d'urgence : anse grêle adhérente dans la fosse lombaire au point où l'uretère a été sectionné. Libération facile, petit enfouissement. Guérison.

OBSERVATION XXXIII. — *Occlusion tardive récidivante par bride et volvulus dix ans après opération d'appendicite, quarante-cinq jours après une première intervention pour obstruction. Détorsion et section de la bride. Guérison.*

D. L... Jean, 37 ans, opéré de l'appendicite il y a 10 ans ; a toujours souffert, depuis, dans l'abdomen ; ces crises douloureuses vont en augmentant, prennent un caractère subocclusif ; le malade va très difficilement à la selle et cette constipation habituelle, coupée de crises intermittentes, s'accompagne parfois de vomissements. Il existe un amaigrissement notable.

Première intervention : il existe de nombreuses adhérences dans la région appendiculaire, pariétales et profondes (grêle-grêle et grêle-côlon). On libère ces adhérences et, à cause des douleurs pelviennes, on pratique la résection du nerf pré-sacré.

Dans les suites, on note une congestion pulmonaire simple ; le malade quitte la clinique guéri.

45 jours après sa sortie, revient présentant un syndrome d'occlusion aiguë avec ondulations péristaltiques.

Deuxième opération d'urgence, sans radio préalable : bride très serrée à droite avec volvulus complet du grêle.

Section de la bride ; détorsion. Anse se contractant mal ; iléostomie complémentaire. Guérison.

OBSERVATION XXXIV (Service de M. le Pr. MOULONGUET). — *Occlusion tardive par bride sept ans après laparotomie pour opération gynécologique ; sphacèle intestinal ; résection. Guérison.*

C... Eugénie, 47 ans, entre à l'hôpital Tenon le 20 février 1945, présentant un syndrome d'occlusion aiguë.

Début brutal 24 heures auparavant ; sous la paroi modérément ballonnée on sent une anse distendue de consistance pâteuse comme un infarctus.

Opérée il y a 7 ans ; médiane sous-ombilicale.

Intervention immédiate (ESTEVÉ) sous anesthésie générale à l'éther.

Médiane sous-ombilicale, ascite sanglante, anses infarciées noires ; bride partant de la face postérieure de l'utérus ; section et extériorisation des anses sous sérum chaud. La zone étranglée ne revient pas ; résection d'un mètre de grêle ; anastomose latéro-latérale.

Paroi en 1 plan. Aspiration duodénale.

Guérison.

OBSERVATION XXXV (Service de M. le Professeur MOULONGUET). — *Occlusion retardée dix jours après hystérectomie avec ablation de tumeurs végétantes des ovaires ; iléostomie « a minima ». Guérison.*

Do... Germaine, 43 ans, le 12 janvier 1945 : syndrome occlusif chez une malade qui a subi, il y a 10 jours, une hystérectomie avec ablation de tumeurs végétantes des 2 ovaires. La malade n'a pas rendu de gaz depuis l'intervention. Le ballonnement s'est constitué progressivement les douleurs sont de plus en plus vives et les vomissements, qui avaient débuté il y a 2 jours, puis avaient cessé, reprennent dans la soirée ; ils sont d'allure fécaloïde.

Intervention : Mac-Burney sous anesthésie locale. Le cæcum est plat. Iléostomie à la Witzel sur la première anse grêle qui se présente distendue. Paroi en un plan aux crins en 8.

Suites simples. Rétablissement du transit ; ablation de la sonde ; fermeture du trajet. La malade quitte le service guérie de son occlusion.

OBSERVATION XXXVI (Service de M. le Pr. MOULONGUET). — *Occlusion tardive par brides multiples après laparotomie pour blessures de guerre ; libération. Guérison.*

J... Henri, 53 ans, blessé de guerre, présentant une cicatrice de laparotomie médiane avec débridement latéral, entre à l'hôpital Tenon pour un syndrome d'occlusion aiguë ayant débuté brusquement 48 heures auparavant.

Paroi modérément et régulièrement distendue.

Radio : images hydro-aériques du grêle.

Intervention (ESTEVÉ) : Médiane sous-ombilicale. Liquide hémorragique dans l'abdomen. 70 cm. de grêle sont rouges, dilatés, avec méso œdématié, très épaissi.

3 brides : l'une étrangle la base du méso, l'autre le grêle et laissera un sillon ; une bride épiploïque amarre l'anse dans le pelvis.

Après section des 3 brides, l'anse revient bien sous le sérum. Paroi 3 plans.

Guérison.

CONCLUSIONS

I) - AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE :

— Les processus qui peuvent donner lieu à l'occlusion post-opératoire sont multiples (O. paralytique ou spasmodique, coudures, adhérences, brides, incarceration, volvulus, etc...).

— Toute surface déperitonisée,

— Toute fente ou orifice péritonéal,

— Tout drainage mal placé ou trop longtemps maintenu,

— Tout traumatisme opératoire trop violent,

peuvent être l'origine de l'occlusion post-opératoire.

Le soin de la technique, une péritonisation rigoureuse, recouvrant les surfaces cruentées, obturant toutes les fentes et orifices, la mise en bonne place, la surveillance et l'ablation judicieuse de tout moyen de drainage contribuent à les éviter sans y parvenir absolument, notamment en ce qui concerne certains processus inflammatoires adhésifs et la plupart des brides tardives.

II) - AU POINT DE VUE CLINIQUE.

On peut distinguer :

A) - Les occlusions *immédiatement consécutives* survenant *sans intervalle libre* ; classiquement attribuées à l'iléus paralytique, elles peuvent parfaitement être mécaniques, et l'on attachera de l'importance pour prouver leur organicité à l'existence :

— d'ondulations péristaltiques,

— de niveaux liquides à la radio,

— à l'échec d'un traitement médical énergétique et rapide et de l'aspiration duodénale.

B) - *Les occlusions retardées*, survenant après un *intervalle libre* avec émission de gaz et même de selles normales, se situent depuis le quatrième-cinquième jour jusqu'à la fin du premier mois environ.

Leur tableau clinique peut être :

- ou très net, aigu, après un intervalle libre franc,
- ou moins accusé, dans un tableau de suites difficiles dans leur ensemble, l'intervalle libre ayant été moins net.

Elles sont dues à toutes les étiologies possibles, parfois associées. C'est au cours de celles-ci qu'il convient de rechercher particulièrement les abcès possibles.

C) - *Les occlusions tardives*, survenant des mois et des années après l'opération primitive, toujours organiques (brides, incarceration, adhérences, volvulus), se présentent comme des occlusions aiguës.

III) - AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE :

A) - Les occlusions *immédiatement consécutives* peuvent être légitimement considérées tout d'abord comme d'ordre dynamique, et un *traitement médical* associé à l'*aspiration duodénale continue* pourra être entrepris, en même temps que l'on vérifiera la plaie opératoire et que l'on pourra déplacer ou enlever un moyen de drainage.

Mais il ne devra pas être *prolongé* et si, après 12 heures d'*aspiration* bien faite les gaz ne sont pas revenus par l'anus, il faudra réintervenir.

De même seront considérés comme signes d'organicité, nécessitant la réintervention :

- l'existence d'ondulations péristaltiques,
- l'existence de niveaux liquides à la radio.

L'intervention, dans ces cas, devra se faire par une voie suffisamment large pour être exploratrice et la laparotomie médiane nous paraît spécialement indiquée ; la tactique à

suivre dépendra des lésions, ainsi que nous l'exposerons plus bas, à propos des occlusions retardées.

B) - *Les occlusions retardées* peuvent relever de toutes les étiologies ; plus que d'autres, elles peuvent être sous la dépendance d'abcès qu'il faudrait inciser après les avoir reconnus à leur siège d'élection variable avec l'intervention primitive ; la vérification du drainage joue encore ici un rôle important.

Si les occlusions retardées sont rarement paralytiques pures, certaines d'entre elles, iléus mixtes avec adhérences lâches, peuvent guérir par l'aspiration duodénale, et nous ne pouvons ici que répéter ce que nous avons dit plus haut sur les conditions et les limites dans le temps de son emploi.

L'intervention sera donc assez tôt décidée pour être suffisamment *exploratrice* et la voie médiane nous paraît là encore la meilleure.

Elle permettra de traiter directement, par levée de l'obstacle, les occlusions par incarceration, bride, volvulus, adhérence limitée, etc...

En présence d'un foyer complexe d'adhérences, d'une *agglutination* d'anses, ce sont les opérations indirectes qui nous paraissent devoir être employées ; l'iléostomie et l'entéro-anastomose ont été longuement discutées ; nous préférons l'entéro-anastomose, et spécialement chaque fois qu'elle sera possible, l'iléo-iléostomie. Sinon, ce sera l'iléo-colostomie, soit iléo-sigmoïdostomie, soit iléo-transversostomie.

Ce n'est que dans les cas où l'état général serait trop précaire que nous nous résignerions à l'iléostomie *a minima* sans aucune exploration.

C) - *Les occlusions tardives*. — Toute occlusion intestinale chez un malade porteur d'une cicatrice abdominale doit être considérée comme une occlusion post-opératoire, le plus souvent par bride, et opérée d'urgence par laparotomie médiane. On pourra ainsi reconnaître la cause de l'occlusion, la lever, et traiter l'intestin.

Au total, c'est par une opération précoce, et assez précoce pour pouvoir être au moins rapidement exploratrice, que l'on aura le plus de chances d'améliorer les statistiques encore décevantes d'occlusion post-opératoire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Université de Paris :

G. ROUSSY.

VU : *Le Doyen
de la Faculté de Médecine :*

BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse :*

J. SÉNÈQUE.

BIBLIOGRAPHIE

A part quelques travaux d'intérêt surtout historique, nous n'avons mentionné ici que les références postérieures à 1920.

- ALBERTIN. — Occlusion intestinale après appendicectomie. Iléostomie. Guérison. (*Presse Médicale*, 1925, n° 33, p. 377).
- ALESTE. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie à la Doleris. (*Thèse Paris*, 1939.)
- AMELINE et FOLLIASSON. — Occlusion aiguë consécutive à drainage sus-pubien dans les ulcères perforés gastro-duodénaux. (*Presse Médicale*, déc. 1932, p. 1.855.)
- VON AMMON. — Ileus après néphrectomie. (*Zentralblatt für Chir.*, LIV, n° 48, 26 nov. 1927.)
- ARMITAGE. — Etranglement interne après gastro-entérostomie. (*British J. of Surgery*, 18 juillet 1930, p. 154.)
- ARNAUD. — Complications post-opératoires des appendicites aiguës. (*Thèse Lyon*, 1937-38.)
- ASPINAL. — Intestinal obstruction following operations on lower part of abdomen. (*Medical Journal of Australia*, 2 p., 713, nov. 1933.)
- ASTERIADES (T.). — Guérison de l'ileus post-opératoire par la rachianesthésie. (*Presse médicale*, 13 juillet 1938, p. 1103.)
- Gérison ileus post-opératoire par la rachianesthésie. (*Presse médicale*, 7 nov. 1925.)
- AUBOURG. — Examen radiologique de 26 caeco-sigmoïdostomies. (*Presse médicale*, 23 janvier 1932.)
- AUSSILLOUX. — Sur un cas d'occlusion tardive après appendicectomie. (*Société Sc. Médic. Montpellier*, avril 1938.)
- AUTEFAGE (rapp. OKINCZYK). — Occlusion intestinale après ablation de l'appendice. Anastomose iléo-colique. Guérison. (*Soc. Nat. de Chir.*, 1924, p. 402.)

- AUVRAY. — A propos de l'occlusion post-appendiculaire. (*Soc. Nat. de Chirurgie*, 1927, p. 1.352.)
- BAILLIS (rapp. Alain MOUCHET). — Anastomose de dérivation entre grêle et côlon à la phase ultime d'une occlusion. (*Académie de Chir.*, 1943, p. 34.)
- BARANGER (rapp. LABEY). — Appendicite compliquée de deux abcès et d'occlusion intestinale. (*Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 872.)
- BARBIER. — Cinq cas d'occlusion du grêle traités par anastomose de dérivation. (*Acad. Chir.*, 1942, p. 366.)
- BARRET (rapp. A. MARTINI). — Occlusion intestinale post-appendiculaire tardive. Iléo-transversostomie. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1932, p. 1.227.)
- BARTHELEMY. — Accidents d'occlusion post-opératoire. Injection de sérum hypertonique. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1929, p. 637.)
- BAZY (L.). — Occlusion intestinale après hystéropexie. (*Revue de Gynécologie*, 1, 1912, p. 561.)
- BERCEANU. — Hernie étranglée de l'A. C. E., par la boutonnière du mésocôlon transverse après gastro-entérostomie. (*Revista de Chir. de Bucarest*, XXI, n° 7, juillet 1929, p. 472.)
- BERARD. — Occlusion intestinale aiguë par torsion autour d'une anastomose, iléo-colique. (*Soc. Nat. Chir.*, 1920, p. 1.497.)
- BERNARD (E.). — Au sujet de l'occlusion précoce après appendicectomie ; un nouveau cas d'échec de la fistulisation du grêle *a minima*. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1939, t. XXXI, p. 300.)
- BERNARD (R.). — Drainage du grêle dans les ileus paralytiques et dans les occlusions. (*Revue de Chir.*, 52, p. 606, oct. 1933.)
- BERNARD et ISELIN. — Diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale. (*Acad. Chir.*, 4 nov. 1942.)
- BERTRAND et MATHIEU. — Sur les occlusions aiguës du grêle. (*Lyon Chirurgical*, 1944, p. 520.)
- BIERNING. — Occlusion après opérations gastriques. (*Nordisk Medicin*, vol. 2, n° 16, 22 avril 1939.)
- BOJOVITCH. — Traitement des occlusions intestinales post-opératoires. (*Pr. Méd.*, 6 décembre 1939, t. XXXVIII, p. 1662.)
- BOLO. — Occlusion intestinale secondaire aux interventions pour invagination intestinale aiguë (réinvagination exceptée). (Thèse Paris, 1941.)

- BOMPARD (rapp. QUENU). — Avantages de l'entéro-anastomose dans les formes d'occlusion post-opératoires réopérées au stade de balonnement. (*Acad. Chir.*, 1941, p. 412.)
- BONNECAZE. — Contribution à l'étude du volvulus de l'intestin grêle. (Thèse Paris, 1924.)
- BONNET. — Occlusion après drainage à la Mickulicz. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 30 juin 1927.)
- BOPPE. — Occlusion post-opératoire. (*Soc. Nat. Chir.*, 1927, p. 479.)
- BORGHETTI. — Hernie interne de l'intestin grêle par la brèche mésocolique après gastro-entérostomie. (*Le Scalpel*, an. 92, n° 33, 19 août 1939.)
- EOTTIN. — Influence des injections I. V. de citrate de soude à 20 % sur les accidents d'obstruction intestinale post-opératoire. (*Pr. Méd.*, 1934, p. 87.)
- BOURDE (rapp. GRÉGOIRE). — Volvulus du grêle sur bride. (*Soc. Nat. Chir.*, 1932, p. 881.)
- BOWLES. — Hernia through the broad ligament. (*Surgery T. S.*, p. 382, mars 1939.)
- BROCQ, ISELIN, EUDEL. — Aspiration continue d'après Wangensteen dans l'occlusion intestinale aiguë. (*Acad. Chir.*, 1941 n°s 7, 8.)
— Aspiration duodénale continue dans le traitement de l'occlusion intestinale. (*Pr. Médic.*, 17 juin 1941.)
- BROCQ, EUDEL. — La pratique de l'aspiration duodénale continue. (*Acad. Chir.* 1944, p. 224.)
- BRUTT. — Le problème de l'étranglement interne après G. E. postérieure. (*Zentral. für. Chir.*, 5 mars 1921, n° 9, p. 302.)
- BRYAN (R. C.). — Récidive de hernie interne après gastro-entérostomie. (*Surg. Gyn. Obst.*, janvier 1920, XXX, p. 82.)
- CABANAC. — Trois cas d'occlusion intestinale aiguë après appendicectomie suivie de drainage à la Mickulicz. (*Archives Soc. Sc. Médic. de Montpellier*, février 1937, XVIII, p. 62.)
- CAFFIER. — Occlusion intestinale post-opératoire avec gangrène de l'intestin après opération de Doleris. (*Zentr. für Gynaekologie*, 58, avril 1934, p. 922.)
- CAILLARD. — A propos d'un cas d'occlusion tardive par l'anse afférente après gastrectomie. (Thèse Paris, 1936.)
- CAIRE (rapp. BOURDE). — Occlusion intestinale après intervention pour appendicite aiguë. (*Soc. Chir. Marseille*, 1931, p. 165.)

- CAPETTE. — Aspiration duodénale continue dans un cas d'occlusion post-opératoire. (*Acad. Chir.*, 1941, p. 207.)
- CARAVEN. — Occlusion intestinale mortelle après néphrectomie pour tuberculose. (*Journal d'Urologie*, 1926, t. XXI, p. 521.)
- CARLSON et MARSHALL. — Occlusion intestinale consécutive à appendicectomie. Etude de 21 cas. (*Ann. of Surg.*, 84, p. 583.)
- CASE. — Valeur de l'examen radiologique pour le diagnostic de l'ileus post-opératoire. (*Ann. of Surgery*, 79, p. 715.)
- CHARBONNEL et RINGENBACH. — Occlusion par Mickulicz. 3 cas. (*Soc. Chir. Bordeaux et S. O.*, 13 mai 1927.)
- CHARRIER et LANGE. — 13 cas d'occlusion intestinale aiguë, précoce, mécanique, consécutive aux opérations d'appendicite à chaud traités et guéris médicalement. (*Rev. Chir.*, mai 1939.)
- CHAVANNAZ. — Occlusion intestinale post-opératoire. Aspiration duodénale et iléostomie. (*Journal Méd. de Bordeaux et du S. O.*, n° 13, 15 juillet 1942.)
- CHAVANNAZ et MARQUANT. — Occlusion intestinale tardive post-appendiculaire. (*J. Méd. Bordeaux S. O.*, 1926, p. 586.)
- CHENUT. — Ileus dynamique post-opératoire guéri par rachianesthésie. (*J. Méd. Bordeaux S. O.*, LVII, 25 février 1927, p. 140.)
- Occlusion intestinale après appendicectomie à chaud. (*Bordeaux Chir.*, juillet 1930, p. 132.)
- CHOSSON. — L'entéro-anastomose dans les occlusions aiguës et subaiguës du grêle. (Thèse Montpellier, 1927.)
- CHRISTENSEN. — Statistique des cas d'ileus, notamment post-opératoire, observés à l'hôpital d'Aker. (*Norsk. Magazin for Laegevidenskaben*, LXXXVIII, n° 10, p. 846.)
- CLAVEL. — Statistique d'occlusions du grêle. (*Lyon Chir.*, 1944, p. 536.)
- CLÉMENT. — Un cas d'occlusion post-op. guérie par injection I. V. de sérum salé hypertonique. (*Soc. Chirurgiens de Paris*, 22, p. 347, mai 1930.)
- COIQUAUD. — Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces post-opératoires. (Thèse Bordeaux, 1943.)
- COLSON (rapp. DESJACQUES). — Occlusion intestinale aiguë chez un malade opéré d'ulcère perforé de l'estomac. (*Soc. Chir. de Lyon*, 28 février 1935, *Lyon Chir.*, 1935, p. 575.)
- COMBIER et MURARD. — Occlusion de l'intestin grêle par adhérences inflammatoires traitée par entéro-anastomose. (*Soc. Nat. de Chir.*, 22 nov. 1929.)

- CONSTANTINESCO et POPESCO. — Les hernies transmésocoliques. (*Zentral. für Chir.*, Tome 66, n° 21, 7 mai 1939, p. 1191.)
- COSTANTINI. — Occlusion intestinale par hernie transmésocolique. (*Gaz. degli ospedali et delle cliniche*, XLVI, n° 20, p. 227.)
- COURRIADES. — Occlusion post-opératoire et entéro-anastomose. (*Acad. Chir.*, 17 nov. 1943.)
- COURTY. — Occlusion paralytique à forme grave traitée par sérum salé hypertonique. (*Soc. Nat. Chir.*, 1929, p. 602.)
- » » (*Soc. Nat. Chir.*, 1931, p. 948.)
- COUVELAIRE (R.). — A propos de 3 observations d'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie à la Doleris. (*Acad. Chir.*, 1938, p. 153.)
- CUFFEL. — Contribution à l'étude du traitement de l'occlusion post-op. L'entéro-anastomose « à la demande ». (Thèse Paris, 1943.)
- DARMAILLACQ et DARIGNEZ. — Plaie de l'abdomen par coup de feu. Occlusion post-op. (*Soc. Chir. Bordeaux et S. O.*, 17 nov. 1938.)
- DAVIES (A. B.). — Post-operative intestines obstruction. (*British Medic. Journal* 1, 15 janvier 1933.)
- DECOULX et OMEZ. — Aspiration continue dans le traitement de l'occlusion intestinale. (*Journal de Chir.*, T. 59, n° 5-8.)
- DELAGENIÈRE (Y.). — 2 cas de volvulus post-op. du grêle. (*Soc. Nat. Chir.*, 1927, p. 1191.)
- DELORE et GABRIELLE. — 2 crises successives d'occlusion intestinale après appendicite à chaud. (*Lyon Chir.*, 1939, T. 36, p. 189.)
- — et MERTZ. — Occlusion paralytique post-app. Traitement par entérostomie. (*Lyon Chir.*, 31, p. 604, sept. 1934.)
- MALLET-GUY et CREYSSSEL. (*Pr. Médicale*, 16 sept. '925).
- DELORT et CHICANDARD. — 2 cas d'occlusion intestinale ayant nécessité une dérivation intestinale après emploi d'anesthésiques de base. (*Soc. Médic. Chir. des Hôpitaux libres*, 4 - 11 - 1935).
- DELOUCHE. — Le volvulus de l'intestin grêle. (Thèse Paris, 1945.)
- DELPRAT et WEEKS. — Post-operative intestines obstruction. (*Amer. J. of Surgery*, 8 juin 1930, p. 1189.)
- DEMME. — Occlusion paralytique post-oper et fistule intestinale. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 199, 1926, p. 333.)
- DENIS — Etranglement du grêle derrière une bouche d'anastomose après gastrectomie. (*Lyon Chir.*, 1939, T. 36, p. 361.)

- DESJACQUES. — Chirurgie de l'intestin grêle. (Lyon, Camugli, édit., 1942.)
- Occlusion par adhérence au niveau d'un drainage sus-pubien. (*Lyon Chir.*, 1932, p. 64.)
- Traitement de l'occlusion post-opér. secondaire par libération simple des anses grêles. (*Lyon Chir.*, 1944, T. 39, p. 80.)
- Hystérectomie. Occlusion secondaire. Libération simple ; guérison. (*Soc. Chir. Lyon*, 22 juin 1944.)
- et BEYSSAC. — Sur les occlusions aiguës de l'intestin grêle. (*Lyon Chir.*, 1944, p. 533.)
- DHALLUIN. — Indications et techniques du lavement électrique. (*Journal de Médecine de Paris*, mars 1933, p. 271.)
- DOR. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur 28 cas d'occlusion intestinale aiguë. (*Marseille Médical*. 1^{er} juin 1941, p. 386.)
- DOUBRÈRE. — Occlusions post-op. précoces en gynécologie. (*Thèse Paris*, 1923.)
- DUBAR. — Un cas d'incarcération après gastro-entéro-anastomose. (*Bourgoigne Médicale*, déc. 1936, n° 10, p. 375.)
- DUBOIS-ROQUEBERT. — L'occlusion intestinale post-appendiculaire. (*Maroc-Médical*, 15 août 1937.)
- DUCHET-SUCHAUX. — 2 cas d'occl. intest. post-app. (*Soc. Nat. Chir.*, 1933, p. 1475.)
- DUCUING et FABRE. — Ileus post-opératoire et phlébite pelvienne. (*Journal Médical Français*, février 1934, p. 55.)
- DUDLEY. — L'ileus post-opér., complication de l'appendicite aiguë. (*Ann. of Surgery*, nov. 1926.)
- DUNCOMBE. — Occlusion intestinale post-opératoire traitée par dérivation interne. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 1482.)
- Occlusion intestinale post-app. traitée par dérivation interne. (*Soc. Nat. Chir.*, 1933, p. 1047.)
- DUNET et VACHEY. — Occlusion intest. après appendicectomie. Iléostomie. Guérison. (*Pr. Médic.* 1925, p. 377.)
- DUPONT (rapp. QUENU). — L'entéro-anastomose dans l'occlusion post opératoire. (*Acad. Chir.*, 1942, p. 354.)
- De l'occlusion intest. précoce après opération pour app. aiguë. (*Paris Chir.*, 1921, p. 13.)
- DURANTE. — Ileus paralytique, complication de l'appendicite aiguë. Trait. par l'entérostomie. (*Archivio. Italiano di Chir.*, 22, p. 254, 1928.)

- DUVAL (P.). — La rachianesthésie dans l'ileus aigu. Conclusion de la discussion. (*Soc. Nat. Chir.*, 27 avril 1927.)
- EASTON et WATSON. — Analyse de 100 cas compliqués d'app. aiguës. Caecostomie primitive en entérostomie comme procédé de salut vital. (*Surg. Gyn. Obst.*, avril 1934.)
- ENGEL. — Distension abdominale post-opér. et son traitement. (*Surgical Clin. North Amer.*, avril 1936, T. XVI, p. 479.)
- ERDMANN. — Highenterostomy for relief of ileus complicating appendicitis. (*Surg. Clin. North. Amer.*, 1921, p. 1.663.)
- Highenterostomy for ileus complicating appendicitis 442 cas. (*Surg. Clin. North. Amer.* 19, p. 415, avril 1939.)
- ESCHBACH. — Cas d'occlusion intestinale par torsion autour d'une anastomose iléo-colique. (*Thèse Lyon*, 1921.)
- ESTEVEZ. — L'occlusion intestinale post-opér. (*Archivs de la Societad de Cinnpanos de Hospital* (Santiago du Chili), an. 7, n° 5, août 1937.)
- FERGUSON. — Post operative obstruction. (*South. Med. Journal and Surgery*, 96, p. 217. mai 1934.)
- FEY et CUBBINS. — Entérostomie dans l'occlusion. (*Surgery Gyn. Obst.*, mars 1935, vol. L., n° 3, p. 738.)
- FIOLLE. — Nouvelle obs. d'occl. intest. par adhérence au moignon appendiculaire non enfoui. (*Soc. Nat. Chir.*, 1931, p. 550.)
- et HAYEM. — Occl. intest. par adhérence du grêle au moignon appendiculaire non enfoui. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 813.)
- FRANÇAIS. — Appendicite opérée à chaud. Occlusion post. op. iléostomie ; fistule du grêle ; guérison. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, nov. 1935.)
- FRANÇOIS. — Occlusion intestinale précoce après appendicectomie à chaud. (*Thèse Nancy* 1937-38.)
- FROMME. — Sur une forme rare d'occlusion après gastro-entérostomie. (*Zentr. für Chir.* 47, n° 50, p. 1505.)
- FOUCAULT. — Occlusion intestinale et coudures iléales. (*Thèse Paris* 1924.)
- FOUGERAT. — Ileus mécanique après appendicectomie. (*Thèse Bordeaux* 1925-26.)
- GAILLARDE. — Occl. intest. au cours de l'appendicite et après appendicectomie. (*Thèse Alger* 1931.)

- GALINDES. — Ileus dans les suites opér. d'une péritonite app. traité précocement par double entérostomie. (*Prensa Medica Argentina*, 10 oct. 1934, XXI, p. 1911.)
- GATELLIER et PORCHER. — Occl. post-opératoire, après app. aiguë. (*Archives mal. de l'appareil digestif*, nov. 1930, T. XX, p. 1108.)
- GAUDIN. — Occl. intest. d'origine appendiculaire. (*Thèse Paris*, 1914.)
- GIBERT. — Contribution à l'étude des occlusions intest. tardives consécutives à l'appendicectomie. (*Thèse Toulouse* 1935 - 36.)
- GIREUD. — Contribution à l'étude de l'iléostomie dans le traitement des occl. post-opérat. après app. (*Thèse Bordeaux*, 1937.)
- GODARD. — Occlusion post-opér. précoce ; son traitement par anastomose iléo-sigmoïdienne au bouton de Villard. (*Revue de Chirurgie*, janvier 1938.)
- et PALIOS. — Occl. intest. post-app. (*Archives franco-belges de Chir.*, 1932, n° 3.)
- et SMITH. — Hernies de l'arrière-cavité des épiploons. (*Revue de Chir.*, 1929, n° 4, p. 265.)
- GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS. — Toxémie occlusive ; étude clinique et expérimentale. (*Journal de Chir.*, T. 35, p. 321, mars 1930.)
- GOULLAUD. — Volvulus post-opératoire d'une anse grêle dans un cas de colopexie. (*Soc. Chir. Lyon*, 25 juin 1914.)
- Anastomose ou large exérèse dans les occlusions post-opératoires par adhérences en paquet de l'intestin grêle. (*Lyon Chir.*, 1932, p. 693.)
- GRANJON et BONNEFOI. — Occlusion intestinale post-opér. par volvulus total du grêle. (*Soc. Chir. Marseille*, 5 juillet 1943.)
- et DALMAS. — Une occlusion vraiment récidivante. (*Soc. Chir. Marseille*, 13 mars 1944.)
- GRIMOUD. — 7 observations d'occlusion intestinale post-opératoire. (*Soc. Chir. Toulouse*, 16 avril 1943.)
- GUIBAL. — L'occlusion intest. d'origine app. (*Pr. Méd.*, 1931, p. 489.)
- GUILLAUME-LOUIS. — Occlusion duodénale post-opér. guérie par sérum salé hypertonique. (*Soc. Nat. Chir.*, 1929, p. 90.)
- GUIMBELLOT et LAFFITTE. — Lésions de l'iléon au cours de l'appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 1050.)
- GUTHRIE. — Post-operative ileus ; early recognition and control. (*New-York State Journal Med.*, 31, p. 1021, août 1931.)

GUTIERREZ. — Sur l'occlusion intestinale causée par le détachement de la fixation mésocolique après gastro-entérostomie. (*Revista de Cirurgia* (Buenos-Ayres), V, n° 11, nov. 1926.)

GUY (A). — Contribution à l'étude des complications obstétricales et chirurgicales des fixations utérines. (*Thèse Paris*, 1937.)

HABERLAND. — Thérapeutique de l'ileus post-opératoire. (*Der Chirurg.* 2, p. 409, mai 1930.)

HAMANT et CHALNOT. — Occlusion post-opératoire d'origine appendiculaire. (*Revue Méd. de l'Est*, 1^{er} janvier 1935.)

— et GIRARD. — Occlusion intest. 12 ans après une opération de Doleris. (*Revue Méd. de Nancy*, T. 67, déc. 1941, p. 849.)

HARGER WILKEY. — Traitement de la distension post-opér. de l'intestin et de l'ileus. (*J. Amer. Méd. Ass.*, vol. 110, avril 1938.)

HARRIGAN. — Occlusion intestinale aiguë consécutive à appendicectomie. (*Surg. Gyn. Obst.*, juin 1919, p. 561.)

HARTUNG et GRÉENE. — Iléus par étranglement consécutif à une opération de Doleris. (*Zentr. für Chir.*, 7 août 1937, p. 1882.)

HAUTEFORT. — Occlusion du grêle consécutive à gastro-entérostomie postérieure. (*Soc. Chirurgiens de Paris*, 23, p. 105, 1931.)

HAWORTH et GARLAND. — Diagnostic différentiel de l'ileus mécanique ou paralytique du point de vue particulier du diagnostic précoce de l'occlusion par étranglement. (*Archives of Surgery*, vol. 41, n° 1, juillet 1940.)

HERBERT. — Etranglement intestinal derrière une ancienne gastro-entérostomie. (*Lyon Chir.*, 1944, T. 39, p. 83.)

HEUDON (G. A.). — Treatment of post-operative ileus. (*Kentucky Med. Journal*, 31, p. 65, janvier 1933.)

HESSE. — Pathologie chirurgicale du mésocolon avec quelques considérations sur les orifices traumatiques. (*Brün's Beitrage zur Klin. Chir.*, 1923, T. CXXVIII, fasc. 2, p. 461.)

HIMMELMANN. — Les étranglements internes après opérations gastriques. (*Der Chirurg.*, an V, n° 23, 1^{er} déc. 1933, p. 906.)

HOFMANN. — Occlusion à la suite d'une gastro-entérostomie. (*Zentr. für Chir.*, n° 12, 20 mars 1937, p. 691.)

HUBENER. — L'entérostomie secondaire a cours de la péritonite et de l'occlusion. (*Brüns Beitrage zur Klin. Chir.*, CXXXIV, p. 93.)

- HUET. — 4 observations d'occlusion de l'appendicite. (*Soc. Nat. Chir.*, 22 mai 1935, p. 705.)
- (*Soc. Nat. Chir.*, 1933, p. 1503.)
- (*Acad. Chir.*, 1936, p. 1190.)
- HUGUIER et LANOS. — 2 cas de péritonite avec occlusion aiguë après appendicectomie à froid. (*Paris Chir.*, 1925, p. 44.)
- IBOS. — Hystérectomie pour fibrome après irradiation ; occlusion intestinale post-opér. guérie par injection de sérum salé hypertonique. (*Soc. Nat. Chir.*, 55, p. 1012, juillet 1929.)
- ILITCH. — Contribution à l'étude du volvulus post-opératoire du grêle. (*Thèse Montpellier*, 1925.)
- INGEBRIGSTEN (rapp. OKINCZYK). — De l'entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1920, p. 1183.)
- INGELRANS, WATTEZ et GROULT. — Occlusion intestinale au cours d'une append. méso-coliaque avec abcès. (*Soc. Chir. Lille*, 8 déc. 1944.)
- IRWIN. — Un cas de hernie à travers le mésocolon transverse. (*The Lancet*, 8 janvier 1927, p. 75.)
- JACQUEMAIRE. — Un cas d'occlusion spasmodique du grêle après appendicectomie à froid. (*Soc. Chirurghiens de Paris*, 16 déc. 1927.)
- JEANNENEY, MAGENDIE et GOUMAIN. — Aspiration duodénale continue dans l'occlusion. (*J. Méd. Bordeaux, S. O.*, 119, n° 10, 3 mai 1942.)
- JIANU et BUZOIANU. — Considérations sur les occlusions int. post-opér. (*Spitalul* (Bucarest), XVII, n° 2, fév. 1927.)
- JONES (D. J. M.). — Post-operative intestinal obstruction. (*British Med. Journal*, 1, 1004, juin 1933.)
- JOUBERT. — Occlusion intestinale précoce d'origine appendiculaire. (*Thèse Paris* 1927.)
- JOYEUX. — Un nouveau cas d'occlusion intestinale après appendicectomie. (*Soc. Sc. Méd. Montpellier*, février 1937.)
- JUDET (J. et R.). — Traitement des occl. post-opératoires d'origine app. (*Concours Médical*, 11 juin 1943.)
- KEENE. — Un cas d'obstruction aiguë à la suite de gastro-jéjunostomie. (*Brit. Journal of Surgery*, 12, n° 48, 1925, p. 791.)
- KOCH. — Des étranglements internes après opération sur l'estomac. (*Zentr. für Chir.*, n° 43, 27 oct. 1934. p. 2504.)

- VON KONRAD. — Occlusion 3 ans après une opération de Doleris. (*Zentr. für Gynaekologie*, 52, p. 3014, nov. 1928.)
- KORTE. — Appendicite et occlusion. (*Archiv. für Klin. Chir.*, 8 avril 1911, p. 494.)
- KRAFT. — Occlusion intestinale suite opération de Doleris. (*Schweizer Mediz. Wochenschrift*, 1925.)
- KRINSKY et STEIN. — Contribution à l'étude de l'injection I. V. d'hypophysine dans le traitement de la paralysie intestinale post-opératoire. (*Zentral für Chir.*, LIV, n° 10, p. 591, 1927.)
- KUMMER. — Entéro-anastomose dans l'occlusion aiguë du grêle par brides inflammatoires. (*Soc. Nat. Chir.*, 1920, p. 1502.)
- Etranglement interne consécutif à résection d'ulcère d'estomac. (*Zentr. für Chir.*, an 68, n° 145, avril 1941.)
- LACROIX. — Contribution à l'étude des occlusions post-opératoires. (Thèse Montpellier, 1923.)
- LAFFITE. — Occlusion post-opératoire précoce traitée avec succès par la rachianesthésie, associée à la position de Trendelenburg forcée et au massage abdominal. (*Acad. Chir.*, 22 avril 1942.)
- LAGOUTTE. — Occlusion intestinale aiguë à la suite de décollement colo-épiploïque. (*Soc. Nat. Chir.*, 1921, p. 99.)
- LAMBRET, DECOULEX, DRIESSENS et OMER. — Résultats cliniques et humoraux de 16 aspirations duodénales pour occlusion intestinale aiguë. (*Presse Médic.*, 18 nov. 1944, p. 266.)
- LAROYENNE. — Occlusion intestinale par volvulus partiel du grêle après appendicectomie. (*Lyon Chir.*, 13 mars 1924.)
- LAURENT (P.). — Occlusion précoce post-opér. du grêle. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 21 juin 1935, T. XXVIII, p. 376.)
- LAZARESCU et ANDREIOU. — Occlusion intestinale aiguë consécutive à drainage sus-pubien pour G. E. UT ; rompue. (*Romania Medica*, XI, act. 1933, p. 238.)
- LEBCEUF. — Entéro-anastomose à distance dans l'occlusion intestinale post-opératoire. (Thèse Bordeaux 1934.)
- LE CAIN. — Contribution à l'étude de l'entéro-anastomose « a minima » comme traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire, en particulier après appendicectomie. (Thèse Paris 1944.)
- LECLERC (F. P.). — Incarcération rétro-anastomotique du grêle après gastro-entéro-anastomose. (*Lyon Chir.*, 1939, p. 369.)

- LÉGER (L.). — Ileus par étranglement intestinal au travers d'une brèche post-op. du ligament large. (*Journal Chir.*, T. 58, n° 3, p. 193.)
- LEGUEU. — L'occlusion intestinale post-opér. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1895, n° 136.)
- LEJEUNE. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale après appendicectomie. (Thèse Lille, 1930-31.)
- LEMOINE. — Abscess pelviens tardifs après appendicectomie. (Thèse Paris, 1935.)
- LENORMANT. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. (*Pr. Méd.*, 24 juin 1911.)
- LERICHE et FRIEH. — Occlusion aiguë par spasme total du grêle à la suite de l'administration d'un lavement salé. (*Ac. Chir.*, 1941, p. 544.)
- LEVEUF. — A propos de l'occlusion intest. après appendicectomie à chaud chez les enfants. (*La Pédiatrie pratique*, 15 février 1937.) — (*Arch. Méd. Chir. province*, nov. 1936, p. 477.)
- LEWIS, SHAPIRO, VAUGHAN. — Traitement de l'occlusion mécanique de l'intestin grêle par brides et adhérences. (*J. A. M. A.*, vol. 114, n° 24.)
- LOEFGEN. — Ileus tardif par hernie post-opér. à travers le ligament large. (*Deutsche Mediz. Woch.*, 12 mars 1926, p. 450.)
- LOEWE et HERBRAND. — Zur behandlung des post-operativen Darm-lähmung. (*Beitrage zur Klin. Chir.*, T. 162, 1935, p. 201.)
- LONG (J. W.). — The value of entero-colostomy combined with enterostomy in acute peritonitis. (*Surg. Gyn. Obst.*, juillet 1926, p. 61.)
- LONG (L. D.). — Prévention and treatment of post-operative incompetence. (*South Med.*, J., 26, p. 350, avril 1933.)
- LUCCIONI et THOMAS. — L'étranglement interne à travers le grand épiploon. (*Journal Chir.*, 1938, T. 52, p. 331.)
- LUTHEREAU. — Occlusion secondaire du grêle par bride. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, 3 avril 1936, p. 175.)
- MAC KENNA. — Acute intestinal obstruction, with special reference to paralytic ileus following abdominal operation. (*J. A. M. A.*, vol. 80, p. 1666, juin 1923.)
- MAGNANT (rapp. SOUPAULT). — Occlusion post-opér. précoce consécutive à ulcère perforé. Entérostomie. Guérison. (*Acad. Chir.*, 1941 p. 715.)

- MAISONNET (rapp. LARDENNOIS). — Occl. intest. consécutive à appendicectomie d'urgence. Entérostomie. Interventions consécutives. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 816.)
- MALLET-GUY et MARION. — Aspiration duodénale et occlusion. (*Lyon Chir.*, T. 39, p. 85.)
- MANDILLON. — Emploi de l'ésérine dans la paralysie intestinale post-opér. (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 16 fév. 1933.)
- DE MARCHI. — Occlusion mécanique après appendicectomie. (*Il Policlinico*, 35, p. 470, sept. 1928.)
- MARION. — Appendicite et occlusion. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1900, p. 1439.)
- DE MARTEL. — A propos des occlusions intestinales post-appendiculaires. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 898.)
- MARTINAIS. — L'ileus par brides post-opératoires. (Thèse Paris, 1930.)
- MASMONTEIL. — Les occlusions post-opératoires. (*Revue de Chir.*, oct. 1938.)
- Sur les occlusions intestinales post-opér. (*Soc. Chirurugiens de Paris*, 1939, T. 31, p. 309.)
- MASSABUAU, JOYEUX, COSTE, GODLEWSKI. — 2 cas d'occlusion intestinale après appendicectomie. (*Soc. Sc. Méd. Montpellier*, 29 mai 1942.)
- MATHIEU. — Occlusions de l'appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 387.) i
- MATYAS-MATYAS. — Méthode de suppression des culs-de-sac pouvant donner lieu à l'étranglement intestinal créé par l'opération de Doleris. (*Zentral für Chir.*, 16 juillet 1938.)
- MELCHIOR. — Indications de l'iléostomie secondaire dans la péritonite et l'ileus. (*Zentral für Chir.*, 1925, n° 37.)
- MENEGAUX. — Les hernies transmésocoliques. (*Journal Chir.*, XLIII, p. 321.)
- MEYER, WILDISSEN. — Beitrag zur Behandlung des post-operativen Darmlähmung. (*Zentr. für Chir.*, 60, p. 1890, août 1933.)
- MIALARET et BOUDREAUX. — Commentaires sur 64 observations inédites de volvulus partiel de l'intestin grêle. (*Acad. Chir.*, 1943, p. 325.)
- MICHAEL. — Etranglement interne après ligamentopexie. (*J. A. M. A.*, 17 oct. 1936.)
- MICHEL. — Suites éloignées d'une opération de Doleris. (*Bull. Soc. d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, 14, 1925.)

- MICHON. — Prolapsus du grêle étranglé dans un orifice d'iléostomie. (*Soc. Chir. Lyon*, 12 mars 1925.)
- MIGINIAC (rapp, LAPOINTE). — Occlusion intestinale chez un laparotomisé de guerre. Entéro-anastomose au bouton de Jaboulay. Nouvelle occlusion sur le bouton. Extraction. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1921, p. 1290.)
- MILWARD. — Occlusion intestinale consécutive à gastrectomie. (*British Med. Journal*, n° 4131, 9 mars 1940.)
- MIRIZZI. — 2 cas d'occlusion intestinale succédant à appendicite d'urgence ; iléo-sigmoïdostomie ; guérison. (*Bol. y trab. de la Soc. de Chir. de Buenos-Ayres*, 1928, p. 425 et 459.)
- MOCQUOT. — 2 crises successives d'occlusion intestinale aiguë chez le même malade guéries par l'entérostomie sur le grêle. (*Soc. Nat. Chir.*, 1935, p. 64.)
- MOCQUOT et PADOVANI. — Technique et indications de l'entérostomie sur le grêle dans le traitement de l'occlusion intestinale. (*Journal Chir.*, 44, juillet 1934.)
- MOIROUD. — Occlusion intestinale précoce après intervention pour ulcère perforé. (*Soc. Chir. Marseille*, 18 juillet 1932, p. 299.)
— Sur une F. exceptionnelle d'étranglement interne après gastro-entérostomie. (*Acad. Chir.*, 1938, p. 1158.)
— Occlusion intestinale aiguë post-opératoire par bride et volvulus. (*Soc. Chir. Marseille*, février 1933.)
- MONDOR. — Diagnostics urgents abdomen, 4^e édition.
- MONGES, LUCCIONI et ESCARRAS. — Gangrène du diverticule de Meckel et appendicite supprimée. Occlusion post-opératoire. Iléostomie. Guérison. (*Soc. Chir. Marseille*, mai-juin 1937.)
- MOSSE. — Occlusion intestinale consécutive à ligamentopexie. (*Paris Chir.*, 1923.)
- MOSSE et DOUBRÈRE. — Occlusion consécutive aux opérations gynécologiques. (10, p. 182, sept. 1924.)
- MOULONGUET. — La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1934, p. 1405.)
— Radiodiagnostic en chirurgie abdominale d'urgence. (*Acad. Chir.*, 1942, p. 280.)
- NEGRIE (rapp. MATHIEU). — Un cas d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 438.)
- NIEMANN. — Traitement de l'iléus post.opér. (*Journal Oklahoma Med. As.*, T. XXVII, p. 438.)

- NORA (rapp. CHEVASSU). — Occlusion aiguë duodénale post-opératoire guérie par sérum salé hypertonique. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 1420.)
- NORA et LÉVY. — Occlusion intestinale paralytique post-opératoire tardive après cystectomie guérie par sérum hypertonique. (*Archives Mal. App. digestif*, 1935, p. 190.)
- NOVAK. — Prévention de l'ileus consécutif à l'opération de Doleris. (*Zentr. für Gynaekologie*, 57, p. 319, février 1933.)
- OCHSNER. — Prophylaxie de l'occlusion intestinale post-opér. (*South Surgeons*, 4 juill. 1935.)
- CECHSNER. — Occlusion post-opératoire. (*Schweiz. Med. Woch.*, T. 65, p. 93.)
- LOUDARD. — 4 cas d'occlusion aiguë consécutive à l'appendicite. (*Soc. Nat. Chir.*, 4 juin 1924, p. 660.)
- OWEN et KELLY. — Occlusion intestinale séquelle de l'opération de Welster Baldy pour rétroversion utérine. (*Amer. Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 93, n° 3, mars 1940.)
- PALIOS. — Occlusion intestinale et appendicite. (Maloine, édit., Paris, 1932.)
- PALMER et DAVID. — Les accidents de la ligamentopexie de Doleris. (*La Gynécologie*, mars 1936.)
- PALMER (D. W.). — Acute post-operative obstruction diagnosed by flat roentgenogramm. (*Ann. of Surgery*, 98, p. 672, oct. 1933.)
- PALUEL. — Etranglement du grêle derrière une bouche d'anastomose précolique après gastrectomie. (*Lyon Chir.*, 1939, T. 36, p. 360.)
- PAMARD. — Occlusion du grêle ; causes, étude clinique et thérapeutique. (Thèse Marseille 1943-44.)
- PAPIN. — Courts-circuits intestinaux ; iléo-sigmoïdostomie. (*J. Méd. Bordeaux S. O.*, an. 118, n° 5, 10 mars 1941.)
- PARCELIER. — Occlusion intestinale après appendicectomie. (*Bordeaux Chirurgical*, juillet 1930, p. 162.)
- PASMAN. — Diagn. radiologique de l'occlusion post-opér. (*Bol. y trab. de la Soc. de Chir. de Buenos-Ayres*, 12, p. 560, sept. 1928.)
- 2 cas d'occlusion post-opér. traitée par iléo-sigmoïdostomie. (*Ibidem*, 1928, p. 436.)
- Occlusion après résection gastrique. (*Ibidem*, 1928, p. 234.)
- PASTEAU. — Occlusion intestinale après pos. de Trendelenburg. (*Congrès français Chir.*, 1905, p. 830.)

- PATEL (M.). — Volvulus de l'S iliaque post-opératoire. (*Lyon Chir.*, 1943, T. 38, p. 299.)
- PATEL et DESJACQUES. — Drainage sus-pubien dans l'ulcère perforé pyloro-duodénal. (*Lyon Chir.*, 30, p. 246, mars 1933, Presse médicale, 1933, p. 251.)
- PATRY et W. HERR. — Sur l'occlusion post-opér. par bride de l'intestin grêle. (*Schweiz. Mediz. Wochenschrift*, XLI, n° 5, janvier 1931, p. 103.)
- PAUCHET (rapp. LECENE). — Occlusion post-opér. après hystérectomie. Entéro-anastomose. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1922, p. 514.)
- PEMBERTON et SAGER. — Intestinal obstruction following the Welster Baldy operation for retroversion. (*Surg. Clin. N. America*, 1920, 9, p. 203.)
- PERONI. — Occlusion post-opér. après perforation duodénale. (*Atti et Memorie della Societa Lombarda di Chirurgia*, 25 juin 1937.)
- PESCARMONA. — Le traitement de l'occlusion post-opér. par la prostigmine. (*Policlinico* (sez. prat.), 30 sept. 1935, XLII, p. 1899.)
- PETERSON. — Occlusion intestinale aiguë après opération de Gjillian (Doleris). (*Progrès Médical*, 1927, p. 1271.)
- PETIT. — De l'occlusion intestinale au cours de l'app. aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1927, p. 1053.)
- PETREN. — Iléostomie dans l'occlusion mécanique consécutive à l'appendicectomie. (*Acta Chir. Scandinavica*, 72, p. 345, 1932.)
- PHIRER et RAE. — Post-operative paralytic ileus. (*Colorado Medical*, mai 1933, p. 200.)
- PHILIPPIDES. — Les troubles post-opér. du transit intestinal. (*Der Chirurg*, an 11, fasc. 11, 1^{er} juin 1939.)
- POHL et VOTQUENNE. — Hernie étranglée dans une brèche du ligament large après opération de Baldy-Dartigues. (*J. de Chir. et Ann. Soc. belge de Chir.*, T. 37, p. 366, nov. 1938.)
- POTTER. — Rapports entre l'ileus paralytique post-opératoire et la mortalité dans l'appendicite. (*Ann. of Surgery*, XCIX, n° 6, juin 1934.)
- POTTER (P. C.) et MUELLER (R. C.). — Posterior pituitary extract in prevention of post-operative distension. (*Ann. of Surgery*, 96, p. 364, sept. 1932.)
- POUYANNE. — Iléostomie dans le traitement de l'occlusion post-appendiculaire chez l'enfant. (*Bordeaux Chir.*, avril 1938.)

- PRASLON. — Etude clinique et thérapeutique des occlusions post-opér. d'origine appendiculaire. (Thèse Paris, 1939.)
- PRAT. — Sur les accidents tardifs de l'opération de Doleris. (*Gaz. Méd. de France*, 1^{er} décembre 1922.)
- PRINGLE (H.). — Hernies dans le petit sac du péritoine. (*Glasgow Med. J.*, XCI, 3 mars 1919, p. 129.)
- PURMA. — Ileus paralytique post-opér. (*Zentr. für Chir.*, 12 mars 1938.)
- QUENU (E.). — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. (*Gaz. des Hôpitaux*, 31 mars 1894.)
- QUÉRIAULT. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. (Thèse Paris 1930.)
- RAYNER. — Appendicite aiguë et occlusion. (*British Med. Journal*, 17 mai 1924, p. 855.)
- RENON et LAFFITTE. — 26 obs. d'occlusion d'origine appendiculaire. (*Soc. Nat. Chir.*, 1934, p. 333.)
- REYMES. — Occlusion intestinale aiguë suite de laparotomie. (*Presse Méd.* 1912, p. 870, *Congrès Chir.*, 1912.)
- RICARD. — A propos des occlusions post-opératoires de l'appendicite. (*Lyon Chir.*, 1939, T. 36, p. 207.)
- Ulcère pylorique perforé chez un enfant de 15 ans ; occlusion secondaire. (*Lyon Chir.*, 30, p. 460.)
- RICHARDSON. — Iléostomie pour occlusion post-opératoire après appendicectomie. (*Boston Med. and Surg. J.*, 1920, XXXII, p. 362.)
- Intestinal obstruction following Baldy-Welster operation for retroversion. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1920, 31, p. 90.)
- ROBINSON. — Acute obstruction following recent laparotomy. (*Surg. Clin. North America*, 11, p. 1133, oct. 1931.)
- ROCHER et GUÉRIN. — Occlusion intestinale consécutive aux appendicectomies d'urgence. (*Bordeaux Chir.*, juillet 1930, p. 125.)
- ROCHET (Ph.). — Etranglement du grêle derrière une anse de gastro-entérostomie. (*Lyon Chir.*, 1939, T. 36, p. 366.)
- ROUFFART-MARTIN. — Ileus post-opérat. en gynécologie. (*Bruxelles Méd.*, avril 1936.)
- ROUSSET — Radiodiagnostic dans l'occlusion. (Thèse Paris 1935.)
- ROUX-BERGER. — Occlusion intestinale post-appendicite. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 400.)
- Appendicite gangréneuse avec péritonite. Occlusion post-opératoire. (*Soc. Nat. Chir.*, 26 avril 1922, p. 578.)

- ROYSTER. — Multiple postoperative intestinal obstruction. (*J. A. M. A.*, 84, p. 150, mai 1925.)
- RYAN (T. J.). — Acute post-operative obstruction. (*Surg. Clin. North America*, 12 déc. 1932, p. 469.)
- SABADINI. — Formes cliniques et traitement des occlusions intestinales consécutives aux opérations d'appendicite « à chaud ». (*Presse Méd.*, 12 août 1933, XLI, p. 1265.)
- SACERDOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales d'origine appendiculaire. (Thèse Paris, 1927.)
- ST-CYR. — L'entérostomie dans les occlusions aiguës de l'intestin grêle. (Thèse Paris, 1935.)
- SAINTON (J.). — Traitement de l'ileus paralytique post-opératoire par la choline et l'acétylcholine. (*Pr. Méd.*, 42, p. 386, mars 1934.)
- SALMON. — Occlusion post-appendiculaire chez un enfant. (*Soc. Chir. Marseille*, 6 mars 1944.)
- SANTY. — A propos des occlusions aiguës de l'intestin grêle. (*Lyon Chir.*, 1944, p. 619.)
- SAVARIAUD. — Occlusion post-opér. dans l'appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 432.)
- SAUVE. — 2 cas d'occlusion appendiculaire. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 401.)
- SCHLINK. — Post operative obstruction in lower part of abdomen. (*Med. J. of Australia*, 2, p. 715, nov. 1933.)
- SCHUTZ. — Acute post-opérative obstruction of lower small intestine. (*J. A. M. A.*, 102, p. 1733, mai 1934.)
- SÈNÈQUE et ROUX. — Acquisitions récentes dans les indications opératoires de l'occlusion intestinale aiguë. (*Revue Médicale franç.*, février 1943.)
- L'ileus spasmodique. (*Presse Médicale*, 4 mars 1944.)
- SMITH et AUMONT. — L'occlusion post-appendiculaire. (*Union médicale du Canada*, nov. 1937, T. LXVI, p. 1126.)
- et LAURIN. — Occlusion intestinale post-opér. 2 cas. (*Union médicale du Canada*, 63, p. 225, mars 1934.)
- SOUPAULT (rapp. GOSSET). — Accidents d'occlusion post-opér. Injection de sérum salé hypertonique. Guérison. (*Soc. Nat. de Chir.*, 1929, p. 504.)
- et BENASSY. — Conceptions actuelles sur l'occlusion intestinale aiguë du grêle. (*Paris Médical*, 10 sept. 1941, p. 146.)

- SOURDAT (rapp. ROUHIER). — Occlusion intestinale par adhérence et couture du grêle à la suite d'une myomectomie de la face postérieure du corps utérin. (*Acad. Chir.*, 1944, p. 63.)
- STEIGER. — Die enterostomie bei Appendikulär Peritonitis. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, juillet 1935, p. 829.)
- STEINKE. — Hernies internes. (*Arch. of Surgery*, XXV, n° 5, 1932, p. 909.)
- STERIN (rapp. DESJACQUES). — Réveil grave d'une infection péritonéale après libération simple des anses grêles pour occlusion secondaire post.opér. (*Soc. Chir. Lyon*, 22 juin 1944.)
- STULZ (rapp. MATHIEU). — Occlusion intestinale à la suite d'opération pour appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 707.)
- SUREN. — Le lavement salé dans la parésie intestinale post-opératoire. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, an 84, n° 9, 2 mai 1940.)
- SWINGHEDAUW et LEJEUNE. — Occlusion intestinale consécutive à appendicite phlegmonneuse. (*Nord Médical*, 1^{er} août 1931, p. 561.)
- TAVERNIER. — Traitement des occlusions post-opér. récentes. (*Lyon Chir.* 1939, t. 36, p. 248.)
- et TRILLAT. — Occlusion post-opér. guérie par la seule aspiration duodénale. (*Lyon Chir.*, 1944, p. 626.)
- TAYLOR. — Le traitement des occlusions intestinales aiguës. (*Surg. Gyn. Obst.*, février 1924, p. 270.)
- Valeur de l'iléo-colostomie dans l'occlusion intestinale. (*Edinburgh Med. Journal*, XXXIV, n° 12, déc. 1927.)
- THEILLIER. — Etude du traitement des occlusions intestinales après appendicectomie. (Thèse Paris, 1928.)
- TISSOT. — A propos de 9 observations d'occlusion intestinale aiguë après appendicite à chaud chez l'enfant. (*Semaine Hôp. de Paris*, 1^{er} nov. 1936, t. XII, p. 534.)
- Les occlusions post-opér. après gastro-antérostomie et pastrectomie (Thèse Paris, 1939.)
- TONNIS. — Le fonctionnement des anastomoses entre l'intestin grêle et le gros intestin. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, CCXII, déc. 1928.)
- TOUPET, VIARD, GIBERT. — Traitement des complications d'ordre spasmodique intestinal par un complexe calco-magnésien. (*Soc. Méd. Chir. des Hôp. libres*, 4 nov. 1935.)

- TURUNEN. — Sur l'occlusion intestinale comme complication d'opération portant sur les organes génitaux internes. (*Acta Obst. et Gynec. Scandinavica*, 1932, t. XII, p. 421.)
- VALDES. — Appendicite aiguë et occlusion intestinale. (*Revue de Gastro-entérol. de Mexico*, mai-juin 1936, t. I, p. 441.)
- VANVERTS. — Occlusion après opération de Doleris. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 17, p. 732, oct. 1928.)
- VAUGHAN. — Entéro-anastomosis in intestinal obstruction. (*Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 4, oct. 1930, p. 704.)
- VERGOZ (rapp. OKINCZYK). — Occlusion intestinale tardive après appendicite. (*Soc. Not. Chir.*, 1927, p. 1354.)
- VIALLE. — Traitement des occlusions intestinales précoces consécutives aux opérations d'appendicite « à chaud ». (*Gaz. Méd. France*, 1^{er} février 1934.)
- VIANNAY. — Etranglement interne par passage d'anses grêles entre l'anse afférente et la colonne après gastro-entérostomie. (*Acad. Chir.*, 1938, p. 1280.)
- 3 cas d'occlusion intestinale survenue après appendicite « à chaud ». (*S. Nat. Chir.*, 1927, p. 998.)
- 3 nouveaux cas d'occlusion intestinale après appendicectomie. (*Loire Médicale*, an XLV, n° 11, nov. 1931, p. 482.)
- VIGNARD. — Occlusion dans l'appendicite. (*Lyon Chir.*, 1939, t. 36, p. 341.)
- VILHES. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. (Thèse Paris, 1929.)
- VONCKEN (rapp. CHIFOLIAU). — Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1927, p. 878.)
- WANGENSTEEN. — Résultats de l'emploi de l'aspiration dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë; indications; contre-indications et limites de la méthode. (*Surg. Gyn. Obst.*, vol. 68, n° 5, mai 1939, p. 851.)
- WEISS, BINSCHEDLER. — Kyste du mésentère chez un nourrisson. Volvulus post-opér.; réintervention; guérison. (*Soc. Méd. Bas-Rhin*, 17 déc. 1932.)
- WILHELM et LACHOWIECKI. — Etranglement de l'intestin grêle et des vaisseaux mésentériques par le ligament rond, deux ans après opération de Doleris. (*Revue Chir.*, 59, n° 3, 4, avril 1940.)

WILLIAMS (R. L.). — Occlusion aiguë par drain abdominal. (*Lancet*, 2, p. 219, 1925-26.)

WILMS. — Der Ileus. (Stuttgart, 1906.)

WITNITZER. — La prostigmine dans le traitement de l'ileus post-opératoire. (*Bucarest Médical*, 5, p. 56.)

WOOD (I. J.). — Traitement de l'ileus paralytique par un procédé nouveau. (*Australian and N. Zealand J. of Surg.*, 7, n° 4, p. 340.)

WOOD (P. H.). — Intestines obstruction following gynecological operations. (*South M. J.*, 27, p. 30, janvier 1934.)

WYBAUW. — Occlusion par bride un an après invagination aiguë chez un nourrisson. (*Soc. Chir. Hôpitaux Bruxelles*, 8 oct. 1932.)

YOVANOVITCH. — Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires. (Thèse Paris, 1937.)

— Iléostomie dans les occlusions post-opératoires. (*Progrès Médical*, 4, 11, 25 déc. 1937.)

— Traitement de l'ileus post-opér. des péritonites. (*Bulletin Médical*, 12 mars 1938.)

— (*Journal de Méd. de Paris*, déc. 1937.)

— Occlusions intestinales consécutives aux opérations gynécologiques. (*Gyn. et Obst.*, nov. 1938.)

— Occlusions intestinales consécutives aux appendicites. (*Archives hospitalières*, février 1938.)

— Fistules du grêle après entérostomie pour occlusion. (*Revue de Chir.*, oct. 1937, p. 609.)

— Les inconvénients et les dangers de la ligamentopexie à la Dole-
ris. (*Bulletin Médical*, 8 oct. 1938.)

— BOUKOROV, DRAGOIEVITCH. — Les hernies transmésocoliques ; quelques remarques à propos de deux cas inédits. (*Presse Médicale*, 27 déc. 1939, p. 1679.)

ZUCKERMANN. — L'occlusion intestinale post-opératoire. (*Revista Mexicana di Chir.*, avril 1937.)

— Occlusion intestinale post-opératoire ; aspect clinique et conduite thérapeutique. (*Revue Méd. Varacruzana*, 1^{er} déc. 1937, p. 2431.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	14
ETIOLOGIE ET MÉCANISME	18
I. - <i>Les types d'occlusion d'après l'intervention primitive</i>	19
1° Après opération pour appendicite.....	19
2° Les occlusions après interventions gynécologiques....	20
3° Les occlusions après interventions sur l'estomac.....	23
4° Les occlusions après interventions sur le côlon et le rectum	25
5° Les occlusions après interventions pour plaies de l'abdomen	26
6° Les occlusions après interventions pour hernie étranglée	27
7° Les occlusions après interventions sur le foie, les voies biliaires, la rate, le pancréas.....	27
8° Etiologie plus rare.....	28
II. - <i>Le rôle des moyens de drainage</i>	28
1° Les drains de caoutchouc	28
2° Le drainage par mèches ou par Mickulicz.....	29
III. - <i>Les occlusions post-opératoires dont l'étiologie est sans rapport direct avec la nature de l'intervention originelle</i> ..	30
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	34
1° Les occlusions dynamiques	34
2° Les occlusions par incarceration	35
3° Les occlusions par adhérence	36
4° Les occlusions par brides	37
5° Les occlusions par torsion	38
6° Les occlusions par vice de position	39
7° Les lésions de l'intestin	40
SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.....	41
I. - <i>Quelques types cliniques particuliers d'occlusions post-opératoires</i>	41

II. - Les syndromes généraux communs de l'occlusion post-opératoire	44
I. Occlusions immédiatement consécutives.....	44
II. Occlusions retardées	46
III. Les occlusions tardives	48
TRAITEMENT	50
Les méthodes thérapeutiques	50
I. - Les moyens médicaux	50
II. - Les moyens physiologiques et de petite chirurgie.....	52
III. - Les méthodes de posture	53
IV. - L'aspiration duodénale continue	54
V. - Les procédés chirurgicaux	56
A) Opérations directes	56
B) Opérations indirectes	57
L'iléostomie	58
L'entéro-anastomose	65
LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	69
I. - Les cas de diagnostic précis.....	69
A) Occlusion duodénale aiguë	69
B) Iléus paralytique	70
C) Iléus spasmodique	70
D) Volvulus, incarcérations	71
II. - Les indications thérapeutiques au cours des syndromes généraux d'occlusion post-opératoire	71
A) Occlusions immédiatement consécutives.....	71
B) Occlusions retardées	73
C) Occlusions tardives	77
Soins post-opératoires	78
Résultats — Statistiques	78
OBSERVATIONS	80
CONCLUSIONS	109
BIBLIOGRAPHIE	113